

HEALTHY DEMOCRACY & DEMOCRATIC HEALTH

UNO SGUARDO SULLO STATO DELLA
DEMOCRAZIA IN TEMPI DI PANDEMIA



**CARLO CALDARINI E
FELICIA MODICA (EDS.)**

CONTRIBUTI DI: EVE ALVAREZ, LÁSZLÓ
ANDOR, MARA CALDARINI, VALERIO
CANONICO, CLELIA D'APICE, CELIA SALAZAR,
ROBERTO SAJEVA, KAUNG SUU LWIN, JOËL
VAN CAUTER E MATTHEW WILLETT

FEPS
FOUNDATION FOR EUROPEAN
PROGRESSIVE STUDIES



FONDAZIONE SOCIALISMO

Libro pubblicato in Aprile 2022 da:

FEPS
FOUNDATION FOR EUROPEAN
PROGRESSIVE STUDIES



FOUNDATION FOR EUROPEAN PROGRESSIVE STUDIES (FEPS)

Avenue des Arts 46 - 1000 Brussels, Belgium
www.feps-europe.eu
@FEPS_Europe

FONDAZIONE SOCIALISMO

FONDAZIONE SOCIALISMO

Via di Santa Caterina da Siena 57 - 00186 Rome, Italy
www.fondazionesocialismo.it

Libro a cura di: Carlo Caldarini e Felicia Modica
Direttore del progetto: Roberto Sajeve
Supervisione: Luca Cefisi
Impaginazione e montaggio: Downtown
Foto di copertina: Dietmar Rauscher / Shutterstock.com



Questo libro è stato pubblicato con il sostegno finanziario del Parlamento europeo.

Copyright © 2022 Fondazione per gli Studi Progressisti Europei (FEPS) e Fondazione Socialismo.

Questo libro riflette le opinioni dei rispettivi autori, non quelle del Parlamento Europeo, della Fondazione per gli Studi Progressisti Europei o della Fondazione Socialismo. La responsabilità della FEPS e della Fondazione Socialismo è limitata alla pubblicazione in quanto considerata degna di attenzione dal movimento progressista globale.

ISBN: 978-2-930769-82-0

HEALTHY DEMOCRACY & DEMOCRATIC HEALTH

UNO SGUARDO SULLO STATO DELLA
DEMOCRAZIA IN TEMPI DI PANDEMIA

*A cura di
Carlo Caldarini*

*Prefazione di
László Andor*

SOMMARIO

László Andor

Prefazione 5

Roberto Sajeve

Presentazione del progetto 9

Carlo Caldarini

Introduzione 11

Eve Alvarez e Celia Salazar

1 | Bruxelles: Disuguaglianze nella salute, il caso della “mezzaluna povera” 26

Mara Caldarini e Matthew Willett

2 | Londra: Storie di libertà e salute pubblica 51

Valerio Canonico

3 | Roma: Politica e tecnocrazia ai tempi della pandemia 70

Clelia D'Apice et Kaung Suu Lwin

4 | Myanmar: Dove salute significa democrazia 85

Joël Van Cauter

Nexus. Dibattere per combattere 106

Gli autori 112

Prefazione

Stiamo affrontando una crisi sanitaria globale, di dimensioni etiche, economiche e politiche. Oltre alla ricerca di soluzioni mediche efficaci, il COVID-19 ha messo in luce il sistematico deficit di investimenti nei sistemi sanitari, la segmentazione degli stati sociali e l'ignoranza riguardo a stili di vita sani e benessere nel posto di lavoro. La miopia delle politiche pubbliche quando si tratta di condividere le forniture di vaccini e coordinare le misure protettive. La miopia delle scelte del settore pubblico e privato riguardo alla condivisione di forniture di vaccini e al coordinamento delle misure protettive è semplicemente il più recente dei fallimenti.

Il diritto alla salute è parte fondamentale della nostra concezione di vita dignitosa e deve, secondo la Dichiarazione universale dei diritti umani, essere garantito ad ogni persona. Inoltre, il diritto alla salute è un diritto inclusivo, che comprende libertà, diritti, accesso a servizi, beni e strutture sanitarie di qualità, senza discriminazione. Tuttavia, anche nelle regioni economicamente sviluppate, la maggior parte dei paesi non riesce a garantire questo in tempi normali, figuriamoci durante una pandemia.

Nel nome della salute pubblica, ci sono stati governi che hanno imposto misure rigorose già dalla primavera del 2020 ed altri che hanno cercato di trovare un diverso equilibrio tra la gestione dei rischi per la salute e le restrizioni alla libertà di movimento. Numerosi sono stati i paesi ad imporre misure di lockdown, o in alcuni casi il coprifuoco, limitando così diritti e libertà civili fondamentali. Anche il diritto di assemblea è stato colpito e i lavoratori in vari luoghi e settori hanno dovuto adattarsi a restrizioni straordinarie.

Le limitazioni alla libertà di movimento ed i lockdown hanno avuto un ruolo determinante nel domare la pandemia. Tuttavia, si tratta di capire quali conseguenze possono avere i poteri di emergenza esercitati dai governi. Anche il valore aggiunto degli approcci inclusivi, consultativi e democratici alla gestione delle crisi, dove questi sono stati utilizzati, devono essere studiati e riconosciuti.

La pandemia di COVID-19 dimostra che i governi devono sempre stabilire una connessione tra politica sanitaria e giustizia sociale. Allo stesso modo, il legame tra salute e democrazia è un legame profondo, e la responsabilità dei poteri pubblici, che assicurano di agire nell'interesse di tutti, diventa particolarmente cruciale quando le crisi sollevano questioni di vita o di morte.

La mancanza di attenzione strategica e di trasparenza nella prima fase della risposta alla crisi potrebbe effettivamente essere collegata al cosiddetto deficit democratico a livello europeo. Il nazionalismo dei vaccini è un altro grande problema. Mentre l'UE è stata in grado di stringere diversi accordi con le aziende produttrici di vaccini, alcuni paesi del mondo hanno difficoltà ad accedere alle quantità di vaccino strettamente necessarie. Secondo l'Organizzazione mondiale della salute, nel 2021 l'Africa ha dovuto far fronte a un deficit di 470 milioni di vaccini contro il COVID-19.

Quindi, la domanda è: in che misura la democratizzazione potrebbe migliorare i risultati delle politiche sanitarie? E in termini più generali, le istituzioni democratiche riducono tutti i tipi di disuguaglianze socio-economiche e demografiche nell'accesso alla prevenzione e alle cure mediche? Quali misure potrebbero aiutare le persone che vivono in povertà e nei paesi in via di sviluppo?

Le restrizioni legate al COVID-19 hanno cambiato il modo in cui le persone vivono e lavorano. La digitalizzazione ha ricevuto una spinta e ha anche influenzato il mondo politico e il modo in cui interagisce con la gente comune. Tuttavia, in questo momento la rapida digitalizzazione è vista come un'opportunità e una minaccia allo stesso tempo, e molti temono che possa prendere il controllo della nostra vita quotidiana e delle libertà personali.

Uno dei principali cambiamenti che la crisi del COVID-19 ha portato nell'UE è la nascita del concetto di "Health Union". Il termine, già coniato in precedenza, è diventato irrimandabile in tempo di pandemia.

Inutile dire che un'Unione sanitaria non significherebbe che l'UE prenderebbe il controllo dei servizi sanitari o dell'assicurazione sanitaria all'interno degli stati membri. Un meccanismo condiviso di risposta sanitaria potrebbe tuttavia fare la differenza in caso di nuove crisi e un

meccanismo di approvvigionamento congiunto rafforzato porterebbe a significative economie.

Gli standard minimi in materia di assistenza sanitaria, se sanciti da una direttiva, aiuterebbero a prevenire la frammentazione dell'assistenza sanitaria europea a più livelli, laddove la responsabilità di mettere alla prova i sistemi sanitari nazionali potrebbe aiutare a individuare debolezze che richiedono riforme e investimenti per essere realizzate secondo le aspettative dei cittadini.

La definizione di standard minimi e test di resistenza dovrebbe, in tal senso, avvenire considerando con attenzione come l'allargamento ad est dell'UE, insieme ad asimmetriche recessioni, abbia innescato migrazioni su larga scala di medici e infermieri spostatisi dall'est verso l'ovest e il nord. Senza uno sforzo di riequilibrio, queste tendenze potrebbero causare danni irreversibili alle capacità dei paesi di origine, contribuendo così anche ad un più generale sentimento di scetticismo verso l'UE.

Assumendo un nuovo ruolo di coordinamento, la Commissione europea ha compiuto un grande sforzo per garantire che tutti gli Stati membri ricevano i vaccini sulla base di un principio di distribuzione equa, e assicurandone un lancio contemporaneo in tutta Europa. Tuttavia, il coordinamento dell'UE non è sufficiente. I vaccini devono essere trattati come un bene pubblico globale e distribuiti in base alle esigenze mediche.

Respingere le dinamiche del nazionalismo vaccinale è fondamentale. I leader politici e imprenditoriali non devono permettere alle forze di mercato e alle leggi sui brevetti di avere la priorità sull'universalità dei vaccini contro il COVID-19. Quello che è successo negli ultimi due anni dimostra che l'assistenza sanitaria, così come l'istruzione pubblica, sono parti centrali della nostra civiltà e del nostro "European way of life". Pertanto, non sono in primo luogo i livelli di consumo complessivi che devono essere ripristinati dopo la pandemia, ma i sistemi che sostengono la nostra coesione sociale e i valori più illuminati che ci appartengono, con l'uguaglianza al centro.

Le istituzioni dell'UE sono ora impegnate a promuovere lo stile di vita europeo e devono svolgere un ruolo nel forgiare il consenso intorno a questa strategia. Il coordinamento europeo può aiutare a stabilire politiche e pratiche simili nel comportamento sociale, il che rafforzerebbe

la legittimità delle misure di risposta alla crisi. Questa ricerca dovrebbe aiutare a garantire che l'UE diventi più democratica, e non solo più tecnocratica, implementando il concetto di Unione della Salute.

László Andor

Segretario generale della FEPS

Presentazione del progetto

Fin dal suo inizio, la pandemia di COVID-19 è stata chiaramente una grande prova per le democrazie.

I paesi di tutto il mondo hanno imposto chiusure e altre restrizioni delle libertà individuali.

Inoltre, le organizzazioni internazionali e sovranazionali hanno immediatamente iniziato a fare i conti con la nuova realtà, cercando di funzionare al meglio o di rivedere le loro strategie.

L'Unione europea ha dato una rapida prova di capacità decisionale, rafforzando le aspettative di un'Europa politica e sociale.

Tuttavia, le società europee hanno sempre prodotto un certo dissenso verso le proprie istituzioni democratiche, ed anche verso i loro valori. Tali atteggiamenti di scetticismo e dissenso stanno mostrando un forte divario tra società e istituzioni, così come una profonda dissociazione tra potere e conoscenza. Ciò si sta verificando in due dimensioni principali:

1. Nonostante molti progressi, una bassa diffusione della cultura democratica. Alcuni ambienti chiave (come la famiglia, il lavoro, i partiti politici e la scuola) sono talvolta portatori di società chiuse, pensiero non scientifico e apatia politica;
2. Molti politici, funzionari pubblici e accademici, non necessariamente estremisti, nutrono un certo rancore contro il pluralismo democratico e la scienza libera e pura.

Queste due dimensioni hanno beneficiato per anni (quindi generazioni) di un certo lassismo politico. Non era solo una questione di sana tolleranza ma una peccaminosa negligenza nel rafforzare la cultura democratica, che va di pari passo con la scienza.

Abbiamo insomma capito subito che era necessario accompagnare la pandemia, una crisi che ha coinvolto le società e le coscienze democratiche a partire dai corpi dei cittadini, con un progetto a tutto tondo. La FEPS ha prontamente raccolto la nostra proposta, integrandola e alimentandola.

Il nucleo di questo progetto è affrontare la relazione tra la salute pubblica e la “salute” della democrazia. Partendo dalle politiche sanitarie ordinarie e straordinarie, agli studi comparativi e arrivando infine ad immaginare una maggiore integrazione internazionale, soprattutto europea.

Si è trattato di un progetto pilota, che ha prodotto nuovi legami tra studiosi e politici progressisti, e fornito piani e strumenti a numerosi giovani attivisti e studenti.

Workshop, seminari di formazione, conferenze, hanno rafforzato una comunità online che, partendo dai nostri apporti, continua a lavorare autonomamente su questi temi.

Questo libro verde è insomma il nostro tentativo di innescare un dibattito pubblico sulla principale questione strategica della democrazia: la disuguaglianza.

Roberto Sajevo

Direttore del progetto

Carlo Caldarini

Introduzione

Au Moyen Âge, lorsqu'on découvrait un cas de lèpre, il était immédiatement expulsé de l'espace commun, de la cité, exilé dans un lieu obscur où sa maladie se mêlait aux autres. Le mécanisme de l'expulsion était celui de la purification du milieu urbain. Médicaliser un individu signifiait alors le séparer et, de cette manière, purifier les autres. C'était une médecine d'exclusion. Au début du XVIIe siècle, même l'internement des déments, des êtres difformes, etc., obéissait encore à ce concept. Par contre, il a existé un autre grand système politico-médical qui fut établi non pas contre la lèpre mais contre la peste. Dans ce cas, la médecine n'excluait ni n'expulsait le malade dans une région lugubre et pleine de confusion. Le pouvoir politique de la médecine consistait à répartir les individus les uns à côté des autres, à les isoler, à les individualiser, à les surveiller un à un, à contrôler leur état de santé, à vérifier s'ils vivaient encore ou s'ils étaient morts et à maintenir ainsi la société en un espace compartimenté, constamment surveillé et contrôlé par un registre, le plus complet possible, de tous les événements survenus.

Michel Foucault, 1974

The city is a human settlement in which strangers are likely to meet

Richard Sennett, 1977

La città, secondo il sociologo Richard Sennett è un ambiente umano in cui si incontrano degli estranei. Egli sostiene che la geografia urbana modella le nostre relazioni sociali, e che la città sia essenzialmente luogo di incontro con l'altro: lo straniero, il diverso da noi. (Sennett, 1977: 39). È questa idea della città come spazio di incontro e di libertà che la pandemia da coronavirus sta sabotando. L'esplosione delle tecnologie della comunicazione favorisce, è vero, la spvincializzazione degli scambi ma non cancella, tuttavia, la necessità delle relazioni di prossimità. Anzi, piuttosto essa nutre e esalta questo bisogno. E i gesti barriera, le distanze, il venir meno delle interazioni faccia a faccia, tutto questo mina la forza della città, cioè la sua grande diversità, la sua capacità di organizzare spazialmente la coesistenza di persone e attività diverse, individui e gruppi, e di rendere possibili incontri occasionali e non pianificati che portano al contatto, al dialogo, all'attrito, al conflitto, alla creatività e all'innovazione. È questo cosmopolitismo che è oggi sotto attacco.

Un altro tema forte del pensiero di Sennet, è la sua critica a una certa cultura della separazione sociale, propria della nostra civiltà: quella della separazione tra lavoro manuale e lavoro immateriale, tra testa e mano, tra compiti di progettazione e di esecuzione. Testa e mano sono separate non intellettualmente, dice Sennet, ma socialmente. La crisi sociale e sanitaria che stiamo attraversando fa risaltare anche questa separazione. Infiltrandosi nei punti deboli della nostra società, un virus chiamato COVID-19 sta infatti rafforzando le contraddizioni già esistenti. Oltre a colpire direttamente lo stato di salute di milioni di persone, mettendo in crisi i sistemi di cura e di protezione sociale, questa pandemia incide sulle disuguaglianze sociali, sui rapporti spaziali, sulle libertà individuali e sulle relazioni tra conoscenza e potere. In due parole, sul concetto stesso di democrazia e del vivere in società.

Mentre ai governi di tutto il mondo viene chiesto di prendere misure straordinarie sulla base di conoscenze e informazioni in costante cambiamento e necessariamente approssimative, tutti noi lottiamo per trovare un compromesso accettabile tra salute, affetto, reddito e libertà. E come accade di solito quando ci si trova di fronte a cambiamenti improvvisi, indesiderati e inaspettati, una delle reazioni più immediate è quella di “andare a cercare dei dati”. I più sprovveduti tra noi fanno ricerche casuali su internet e sui social media; i più lungimiranti tentano di misurare ciò che accade, di capire dove eravamo prima e dove stiamo andando ora. Ricercatori di tutto il mondo lottano per ottenere una stima adeguata del rischio: districandosi tra dati imprecisi e incompleti, cercano di distinguere le morti causate direttamente dal virus, da quelle dovute a fattori come la co-morbilità o i tagli alla spesa che hanno colpito i sistemi sanitari di molti paesi negli ultimi venti anni. E altri venti anni ci vorranno ancora per avere delle risposte. In questo scenario, il consumo e la circolazione di notizie aumentano drasticamente e i media svolgono un ruolo sempre più importante. Ma in questo modo aumentano anche le difficoltà ad orientarsi tra informazioni discordanti, e con esse lo spaesamento, le teorie complottiste, lo scetticismo nei confronti della scienza e della politica.

Diciamolo subito e chiaramente. La riconquista delle nostre libertà individuali passa oggi attraverso un solo atto principale, il vaccino, che prima ancora di essere un atto medico e scientifico, è un atto di responsabilità e di solidarietà collettiva, in una parola di *democrazia*. L'unica certezza che abbiamo, infatti, è che i vaccini salvano milioni di

persone ogni giorno, che la situazione sanitaria sembra migliorare solo con l'aumento del tasso di vaccinazione della popolazione, e che soltanto il raggiungimento di una vasta copertura vaccinale a livello mondiale permetterà di proteggere la salute e le libertà di tutti, ivi comprese le persone che per diverse ragioni non saranno vaccinate. Ciò nonostante, sembra che più si fa appello ad argomenti razionali, più si amplificano e si consolidano i discorsi a-scientifici e anti-scientifici, le cui manifestazioni vanno dalle soluzioni bislacche, come l'aggiunta di peperoncino nel cibo o l'introduzione di candeggina nel corpo umano¹, fino alla violenza reale di gruppo, fomentata da argomenti e comportamenti neo-fascisti, come è successo il 10 ottobre 2021 a Roma, contro la sede del principale sindacato italiano, la CGIL.

A rendere complesso lo scenario, c'è anche che la crisi ha amplificato, fin dall'inizio, i problemi preesistenti connessi alla libertà di espressione. Il governo cinese, ad esempio, inizialmente ha nascosto al pubblico le informazioni di base sul coronavirus, sottovalutando i casi di infezione e minimizzandone la gravità, e ha poi respinto la probabilità di trasmissione tra esseri umani, fino ad imprigionare chi ha diffuso la notizia dell'epidemia sui social media (Human Right Watch, 2020). All'inizio di gennaio 2020, Li Wenliang, un medico di un ospedale di Wuhan, è stato convocato dalla polizia per aver avvertito del nuovo virus in una chatroom online. Li Wenliang morto a causa del virus un mese dopo².

In Myanmar, un paese che stava facendo progressi significativi verso il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile, la situazione sia in termini di salute che di democrazia è improvvisamente peggiorata dopo il golpe militare del 1° febbraio 2021; sono medici e operatori sanitari del settore pubblico a guidare la resistenza e la disobbedienza civile in questo momento. In risposta alle proteste, i militari stanno dando un giro di vite brutale, aprendo il fuoco sui civili, minacciando gli operatori sanitari, sequestrando gli ospedali e violando i diritti umani.

1 A questo proposito, è interessante guardare gli avvisi contro le false informazioni presenti sul portale dell'Organizzazione mondiale della sanità: *Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: Mythbusters*, available at: www.who.int [accessed: October 19, 2021].

2 New York Times (2020), *Chinese Doctor, Silenced After Warning of Outbreak, Dies From Coronavirus*, February 6 2020, available at: www.nytimes.com [accessed: September 15, 2021].

In Europa, in risposta alla pandemia, i leader dei 27 Stati membri hanno preso misure più o meno drastiche. L'Italia, il primo paese ad essere colpito in modo massiccio dal COVID-19, ha confinato la sua popolazione la sera del 9 marzo 2020. La maggior parte degli altri 26 Stati membri ha gradualmente seguito l'esempio, con obblighi di distanza fisica tra le persone, chiusura di attività non essenziali e delle frontiere. La Spagna ha attuato una delle misure più radicali, vietando per alcuni giorni ai bambini di uscire. Nei paesi dell'Europa centrale e orientale, il virus si è propagato più tardi e sono state attuate misure di blocco nelle primissime fasi di propagazione del virus. Per esempio, la Romania ha istituito un blocco nazionale il 24 marzo, in un momento in cui c'erano solo 726 casi confermati in tutto il paese, e modelli di decisione simili possono essere trovati nella maggior parte dei paesi UE (Bourdin et al., 2020). Al contrario, la Svezia adotta la politica meno restrittiva in Europa. Il governo sostiene la strategia dell'immunità di gregge, secondo la quale la circolazione del virus permette l'immunizzazione della maggioranza della popolazione e renderebbe quindi la malattia innocua. Anche nel Regno Unito, il governo di Boris Johnson inizialmente rifiuta ogni forma di chiusura a favore dell'immunità di gregge, salvo poi contraddirsi e tornare sui propri passi a più riprese (Bourdin et al., 2020).

È in questo contesto che prende vita il progetto Health Democracy: un invito a riflettere collettivamente sul cruciale rapporto tra democrazia e salute, nell'attuale crisi sanitaria. Riflettere e discutere degli effetti della pandemia, e delle misure politiche ad essa connesse, sulla democrazia, sulle disuguaglianze sociali e sui diritti fondamentali. E poiché ogni crisi è un momento di possibile biforcazione, il progetto Health Democracy è anche un invito a cogliere questa opportunità per trasformare i rapporti tra democrazia e salute e quindi tra libertà e responsabilità, tra cura e sorveglianza, tra tecnocrazia e politica, tra scienza e potere.

E mentre i vaccini stanno permettendo un progressivo ritorno verso una nuova normalità, questo libro rispecchia la prospettiva europea e cosmopolita che anima tutto il progetto. Ciascun capitolo è un invito alla riflessione, a partire da un luogo ben specifico, che diviene così punto cardinale e testimonianza simbolica della transnazionalità della crisi. Gli autori sono giovani ricercatori e attivisti, il più giovane di loro ha 26 anni, la meno giovane 34, che per vicinanza, esperienza, conoscenza o interesse di ricerca, prendono la parola – con dati e argomenti scientifici – attorno ad uno dei seguenti temi:

1. Disuguaglianze sociali e salute (Eve Alvarez Del Llano e Celia Salazar, da Bruxelles)
2. Sicurezza e libertà individuali (Mara Caldarini e Matthew Willett, da Londra)
3. Politica e tecnocrazia (Valerio Canonico, da Roma)
4. Democrazia e salute (Clelia D'Apice e Kaung Suu Lwin, dal Myanmar)

Disuguaglianze sociali e salute

Partiamo da Bruxelles, una delle città più cosmopolite del mondo. Capitale regionale, federale e internazionale, città dei congressi e crocevia culturale, città ospite e città di servizi. Con il suo milione di abitanti, più di 100 lingue e 185 nazionalità, quando le lingue ufficialmente riconosciute dalle Nazioni Unite sono meno di 200 in tutto il mondo, Bruxelles fa degli scambi la sua specialità e la sua vulnerabilità. Una vulnerabilità dovuta all'estrema dipendenza di Bruxelles dall'industria manifatturiera, che oggi si trova principalmente fuori dai confini della città e persino fuori dall'Europa, e al fatto che la maggior parte dei suoi abitanti dipende dal lavoro manuale di poche persone.

Eve Alvarez Del Llano (29 anni) e Celia Salazar (34) sono delle "social workers". L'una sociologa, l'altra antropologa, lavorano insieme su un progetto locale, che lotta contro le disuguaglianze sociali e di salute in alcuni quartieri di Bruxelles, tra i più poveri e densamente popolati. Il loro capitolo mette bene in luce come, in questa città, la crisi sanitaria risuoni con le diverse altre crisi (sociale, occupazionale, ambientale, abitativa) già pre-esistenti e co-esistenti in questa città prima della pandemia. Mettendo a confronto due zone limitrofe, l'una particolarmente agiata, l'altra particolarmente povera, Eve e Celia mostrano come le popolazioni che vivono nei quartieri più poveri e densamente popolati siano anche le più esposte all'infezione, alla mortalità e alla discriminazione in termini di prevenzione e assistenza sanitaria, e che la pandemia ha solo aumentato queste disuguaglianze sociali nella salute. Le persone in situazioni precarie sopportano infatti un doppio peso di fronte alla pandemia: vivono, per la maggior parte, in quartieri densamente popolati e lavorano in settori sovraesposti al coronavirus. Per usare le loro parole: se precarietà fa rima con sovraesposizione, una buona situazione finanziaria fa rima con meno rischi per la salute.

Se esaminate a livello locale, con lo sguardo e l'esperienza delle città e dei territori, queste dinamiche di disparità assumono maggiore visibilità e concretezza, e aiutano anche a comprendere cambiamenti globali. Le grandi città, in particolare, sono dei laboratori in questo senso, che permettono di osservare in modo più circoscritto fenomeni vasti, ipercomplessi e planetari. Come sottolineato più volte da diversi attori politici internazionali (WHO, 201; OCDE 2019) le disparità socioeconomiche, dovute principalmente al reddito, all'occupazione, all'istruzione, così come le differenze demografiche, quali l'età, l'origine o il genere, sono associate a un'esposizione ineguale ai fattori di rischio sanitario e ambientale. Esse contribuiscono alle disuguaglianze di salute e quasi sempre espongono i gruppi svantaggiati a un rischio significativamente più elevato.

Nella sola Unione europea, circa 80 milioni di persone vivono in povertà relativa. Molte di queste vivono in case umide, con riscaldamento insufficiente e attrezzature sanitarie inadeguate, e senza accesso a internet. A livello planetario, le stime 2020 dell'UNDP per lo sviluppo umano globale – come misura combinata del livello di istruzione, salute e standard di vita – sono in declino per la prima volta da quando il concetto è stato sviluppato nel 1990. Il declino è previsto nella maggior parte dei paesi, ricchi e poveri, in ogni continente (UNDP, 2020).

L'Organizzazione internazionale del lavoro prevede che il jobs gap indotto dalla crisi globale, che include sia le perdite secche di posti di lavoro sia quelle relative dovute alle riduzioni d'orario, ammonta all'equivalente di 100 milioni di posti a tempo pieno nel 2021 e 26 milioni nel 2022 (ILO, 2021). Questa carenza di occupazione ed ore di lavoro si aggiunge ai livelli persistentemente alti di disoccupazione, al sottoutilizzo della manodopera e alle cattive condizioni di lavoro – che esistevano già prima della crisi. Secondo l'International Food Policy Research Institute, la pandemia e le sue ricadute economiche stanno spingendo verso la povertà estrema (misurata sulla soglia di povertà di 1,90 dollari al giorno) e verso una grave insufficienza alimentare per oltre 140 milioni di persone, con un aumento del 20% rispetto ai livelli precedenti la pandemia – a meno che non vengano presi provvedimenti per fornire un aiuto economico di emergenza senza precedenti (Laborde Debucquet et al., 2020). Inoltre, la Banca mondiale stima che entro il 2021 la pandemia spingerà nella povertà estrema altri 88-115 milioni di persone, a seconda della gravità della contrazione economica, facendo così crescere a 150 milioni

le persone che vivono con meno di 1,90 dollari al giorno, con l’Africa subsahariana e l’Asia meridionale le più colpite (The World Bank, 2020). Ancora più allarmanti le proiezioni del Programma alimentare mondiale delle Nazioni Unite, secondo cui 265 milioni di persone almeno dovranno affrontare livelli di crisi della fame se non ci sarà un’azione diretta (World Food Programme, 2020).

Sicurezza e libertà individuali

La legislazione internazionale sui diritti umani mira a garantire a tutti il più alto standard raggiungibile di salute e obbliga i governi a prendere misure per prevenire le minacce alla salute pubblica e a fornire assistenza medica urgente a coloro che ne hanno più bisogno. Il diritto alla salute è infatti un diritto inclusivo, che va oltre il semplice accesso all’assistenza sanitaria. Si tratta infatti di un diritto globale, che comprende diversi altri diritti. Il diritto all’acqua potabile e a servizi igienici adeguati, ad un’alimentazione e un alloggio adeguati, a condizioni ambientali e di lavoro sane, all’educazione e all’informazione sulla salute. Il diritto a un sistema di protezione della salute basato sull’uguaglianza di genere e sull’uguaglianza delle opportunità, il diritto alla prevenzione, al trattamento e al controllo delle malattie, l’accesso alle medicine essenziali (OHCHR, 2008). Il diritto alla salute comporta anche delle libertà: ad esempio la libertà dalla tortura e da qualsiasi trattamento o punizione crudele, inumana o degradante, ivi compresa la libertà da trattamenti medici non consensuali. Questi diritti e libertà costituiscono i “determinanti di base della salute” (underlying determinants of health).

Poi un giorno, il 13 marzo 2020, l’Organizzazione mondiale della sanità dichiara l’Europa epicentro della pandemia di COVID-19. Poco dopo, molti governi europei emanano limitazioni di diritti e libertà civili fondamentali, come le restrizioni ai viaggi, al lavoro e a tutti i tipi di attività pubbliche e private considerate non essenziali, comprese la libertà di riunione e di associazione, e il diritto alla vita privata e familiare. Espressioni di malcontento e rivolta si registrano in diverse capitali europee. In Spagna, i sostenitori del partito di estrema destra Vox paralizzano il traffico guidando le loro auto a passo d’uomo e “mantenendo la distanza sociale”, mentre sventolano le bandiere spagnole per chiedere le dimissioni del primo ministro socialista Pedro Sánchez. In Italia, mentre neo-fascisti e hooligans mostrano la loro collera contro la gestione della crisi sanitaria

affrontando le forze dell'ordine al Circo Massimo di Roma, a Mondragone, nei pressi di Napoli, la rabbia e la frustrazione della popolazione nei confronti del coprifuoco sanitario, si scatena tra e contro immigrati e rom. Nei Paesi Bassi, dopo l'approvazione di un coprifuoco notturno da parte del parlamento olandese, violente manifestazioni (descritte come la peggiore violenza scoppiata nel paese in più di 40 anni) hanno scosso prima Amsterdam, Eindhoven, e poi Rotterdam, L'Aia, Den Bosch, Gouda, Amersfoort e Haarlem.

Sulla scena internazionale, il governo britannico appare come uno dei principali critici della "politica del lockdown". Per il primo ministro Boris Johnson tali restrizioni sono in contrasto con "the freedom-loving instincts of the British people". Ecco allora, da Londra, il saggio di Mara Caldarini (27 anni) e Matthew Willet (26). Mara lavora all'Università di Warwick ed è un'attivista. I suoi studi si concentrano sulle relazioni tra arte, cultura e critica sociale nella società capitalista post-industriale. Matthew è un "social worker" di prima linea; musicista e laureato in filosofia all'Università di Birmingham. Insieme, analizzano la risposta del governo britannico alla pandemia. Una risposta, secondo il loro punto di vista, sostenuta soprattutto da un'idea strumentale di libertà, figlia dell'ideologia neoliberale. Mara e Matthew non si limitano alla critica, mostrando come gli effetti ineguali del COVID-19 sulla popolazione siano il risultato di antiche e radicate ingiustizie sociali. Cercano quindi anche di "re-immaginare il dibattito", suggerendo una diversa nozione di libertà in nome di un "più ampio e inclusivo diritto alla salute pubblica". Una nozione di libertà che includa le richieste di giustizia, sociale e sanitaria, senza che la libertà e la salute pubblica siano messe l'una in contrasto con l'altra. A testimonianza di questo contrasto, Mara e Matthew ricordano, da un lato, che dei manifestanti scendono in piazza con lo slogan "Unite for Freedom", poiché vedono le misure di protezione della salute pubblica soltanto come un attacco alle loro libertà individuali. E dall'altro, che Londra, Manchester e Bristol sono contemporaneamente sede di altre proteste, che chiedono invece giustizia per gli altri, per le vite dei neri, per i diritti delle donne, contro la violenza della polizia e contro tutte le disuguaglianze strutturali di lunga data.

Ecco quindi che il diritto alla salute chiama in causa altri diritti e libertà, tra tutti la libertà di espressione, il cui deterioramento negli ultimi anni ha indebolito anche in Europa le capacità degli stati di adottare risposte condivise di fronte alla crisi. Uno studio del Consiglio d'Europa, sull'impatto

della pandemia sulla libertà di espressione, evidenzia come un dibattito pubblico libero e pluralistico sia cruciale per il funzionamento delle società e delle democrazie: per la comprensione della situazione da parte della popolazione e per la sua capacità di prendere decisioni informate, limitare la circolazione di voci e notizie infondate, riconoscere la disinformazione e favorire la solidarietà e la fiducia nelle misure adottate per affrontare la crisi (Noorlander, 2020).

Politica e tecnocrazia

Secondo Foucault, il controllo della società sugli individui opera anche attraverso il corpo. Il corpo – dice il filosofo francese - è una realtà bio-politica e la medicina una strategia bio-politica. Già alla fine del Medioevo esisteva, in Francia come in quasi tutti i paesi europei, quello che oggi chiamiamo “piano di emergenza”. Doveva essere applicato quando la peste o una grave malattia epidemica appariva in una città (Foucault, 1974). Tutte le persone dovevano rimanere nei loro alloggi, la cui disinfezione era effettuata casa per casa, utilizzando profumi e incenso. Ogni famiglia doveva restare nella sua casa e, se possibile, ogni persona nella sua stanza. Nessuno doveva muoversi. La città doveva essere divisa in quartieri sotto la responsabilità di una persona appositamente designata. Questo capo distretto era responsabile dei guardiani che sorvegliavano le strade per vedere che nessuno lasciasse la propria dimora. Questi guardiani di strada dovevano presentare ogni giorno al sindaco della città un rapporto dettagliato su tutto ciò che osservavano. Basato su un sistema di sorveglianza generale, che compartimenta e controlla la città ed un sistema informativo centralizzato, il piano di quarantena rappresenta, secondo Foucault, l'ideale politico-medico di una buona organizzazione sanitaria delle città del XV secolo.

Oggi, secondo Marc Maesschalck, un'analogia struttura della rappresentanza e della sorveglianza prende in mano la gestione della crisi sanitaria, restringendo lo spazio dell'azione politica (Maesschalck, 2020). Di fronte all'emergenza, questa struttura fa ricorso alla tecnocrazia per legittimare il suo potere decisionale. Lo spazio politico viene occupato dalla task force, il cui potere va oltre la semplice consultazione quando si pronuncia su argomenti su cui nessuno ha il controllo. Per Maesschalck, il confinamento non solo limita le libertà individuali, ma porta alla sospensione di quello che i filosofi politici chiamano “spazio pubblico”,

per ridurlo ad una forma soltanto virtualizzata. Di fronte alla sfera politica professionale, sostenuta nella sua gestione della crisi da esperti, la società civile si paralizza e resta “senza mediazione”.

Secondo Bernadette Bensaude-Vincent, il fatto che il confinamento generalizzato della popolazione abbia portato alla riattivazione di un modello d'azione arcaico – come nelle epidemie di peste – rivela i limiti della politica basata sulla scienza. E il fatto che il pubblico sia stato chiamato ad obbedire, per il suo bene, alle ingiunzioni degli esperti, ricorda l'abisso che nei secoli scorsi separava il dotto e l'ignorante (Bensaude-Vincent, 2020).

Uno degli elementi centrali per comprendere questa crisi della democrazia riguarda insomma la questione della competenza e della conoscenza scientifica ed il rapporto tra scienza e potere. È questo il tema del saggio di Valerio Canonico, 29 anni, romano. Con una formazione in filosofia politica, Valerio scrive per la rivista italiana *Mondoperaio* ed è uno dei dirigenti della Federazione italiana dei giovani socialisti (FGS). Il principio tecnocratico e il principio democratico sono, dal punto di vista di Valerio, i due perni attorno a cui si articola la storia politica occidentale. È con l'avvento della rivoluzione industriale, e con l'alleanza sempre più stretta tra sapere tecnico-scientifico e capitalismo, che nasce nelle società occidentali quel sistema di potere, che alcuni chiamano tecno-capitalismo, in cui la sfera politica si appropria di quella tecnica, e insieme diventano culturalmente dominanti.

Valerio sostiene che il rapporto tra tecnica e politica si inverte e si aggrava durante la crisi pandemica, nel momento in cui comitati tecnico-scientifici, task force economico-scientifiche, modelli predittivi e algoritmi hanno improvvisamente preso il sopravvento. Va tenuto conto che il suo saggio si concentra sul contesto italiano in particolare. Egli osserva e scrive da una città come Roma, “*Theatrum Orbis*” della politica italiana, dove le dinamiche di potere sono spesso auto-referenziali, nonostante il filo diretto, spesso contraddittorio, con i luoghi della politica europea. Questo, se vogliamo, è al contempo il punto di forza e debolezza del saggio di Valerio Canonico. Il fatto di scrivere da una città come Roma, lo porta a guardare con una certa acutezza alle dinamiche politiche romane, senza tuttavia proporre fatti e spunti davvero legati alla vita della città, come fanno invece i due saggi che lo precedono. C'è anche da sottolineare, secondo noi, che una tale mobilitazione di competenze scientifiche

nell'arena politica è tutt'altro che priva di efficacia. Innanzitutto, essa permette di pianificare ed eseguire misure, come le restrizioni in un primo tempo ed i vaccini subito dopo, che evitano scenari catastrofici. Ma altrettanto importante è che questo ingresso della competenza scientifica nell'arena politica costituisce anche una barriera laica contro una certa demagogia superstiziosa, populista ed a-scientifica.

Tuttavia, le conseguenze problematiche di un tale trasferimento di competenze, dalla politica agli esperti, sono molteplici. Soprattutto, esso tende ad oscurare il fatto che la conoscenza è plurale. Al fine di costruire una competenza immediatamente mobilizzabile dall'azione politica, si opera una riduzione e una semplificazione, che lascia le dimensioni sociali della crisi in gran parte in ombra, per concentrarsi principalmente sulla dimensione medico-economica. Un altro problema di questa gestione tecnocratica è la tensione insormontabile tra l'urgenza dell'azione e la temporalità del lavoro della scienza. L'esempio del vaccino, ancora una volta, lo illustra chiaramente.

Democrazia e salute

Nel progetto iniziale, il cuore di questo libro erano i tre capitoli che abbiamo appena presentato, scritti a partire da altrettante capitali europee. Poi, il 1° febbraio 2021, lontano dalle frontiere europee, accade un altro fatto drammaticamente straordinario: il Tatmadaw, l'esercito del Myanmar, prende illegalmente il potere dalla neoletta National League for Democracy (NLD). E il giorno dopo, sono i medici che guidano la resistenza attraverso un vasto movimento di disobbedienza civile, organizzato proprio attorno agli ospedali.

Il colpo di stato del Myanmar avviene in un momento di massima crisi della pandemia globale, quando il fragile sistema sanitario del paese è già in ginocchio. Come se non bastasse, in Myanmar la giunta militare chiude gli ospedali, distrugge le forniture e le attrezzature mediche e imprigiona e tortura i professionisti del settore medico, portando al collasso il già debole sistema sanitario. Da qui l'idea, anzi, la necessità, di ampliare l'orizzonte della nostra riflessione, gettando lo sguardo sì, fuori dell'Europa, ma con i piedi ben piantati nei fondamenti della democrazia europea. Del resto, la mozione approvata il 7 ottobre 2021 a Strasburgo

fa del Parlamento europeo³ la prima assemblea legislativa al mondo a riconoscere il governo del Myanmar in esilio – formato dai legislatori democraticamente eletti della NLD e dai suoi alleati.

Partendo quindi dal caso del Myanmar, il capitolo di Clelia D'Apice e Kaung Suu Lwin si concentra sul legame essenziale tra salute e democrazia, attraverso tre argomenti principali. In primo luogo, le istituzioni e i processi democratici come catalizzatore per migliorare la salute della popolazione. In secondo luogo, il ruolo motore della democrazia nei confronti dei determinanti sociali della salute, e quindi del raggiungimento dell'equità sanitaria. Infine, la salute come diritto umano indispensabile per l'esercizio di tutti gli altri diritti umani. Le società democratiche sono, insomma, una condizione preliminare per l'affermazione del diritto alla salute e di tutti gli altri diritti umani. Clelia, 30 anni, ha lavorato e studiato in Myanmar, oltre che in India, Senegal e Thailandia, e sta ora svolgendo un dottorato di ricerca in Sanità Pubblica presso l'Università di Parma, con focus sul Myanmar. Kaung, 32 anni, è un medico del Myanmar, attualmente residente all'Università di Tokyo, dove sta svolgendo il suo programma di dottorato presso il Dipartimento di Politica Sanitaria Globale. Entrambe esperte e attiviste, il loro saggio propone una sintesi interessante dei temi affrontati dagli altri autori: la questione delle disuguaglianze sociali e di salute, quella della responsabilità sociale e delle libertà individuali, e quella del rapporto tra scienza e democrazia.

Secondo Clelia e Kaung, le cause profonde delle iniquità sanitarie sono guidate da politiche che strutturano l'accesso ai determinanti sociali della salute. Sono quindi necessarie cinque condizioni per ridurre l'iniquità sanitaria: servizi sanitari di buona qualità e accessibili; sicurezza del reddito e un livello adeguato ed equo di protezione sociale; condizioni di vita dignitose; buon capitale sociale e umano; condizioni di lavoro e di lavoro dignitose.

I risultati sanitari migliorano, infatti, quando le persone possono accedere alle cure di cui pensano di aver bisogno; quando le persone lavorano in un lavoro sicuro con un salario di sussistenza; e quando le persone hanno qualcuno a cui rivolgersi per chiedere aiuto e sentire di avere voce in capitolo nei processi decisionali. Come si può pensare che un medico

3 European Parliament, *Human rights situation in Myanmar, including the situation of religious and ethnic group*, Text adopted on 7 October 2021, in Strasbourg.

possa garantire e difendere il diritto alla salute se la società è oppressa da una giunta militare che viola e viola i diritti umani? L'operatore sanitario, che vuole fare il bene della società in cui vive e rispettare il suo dovere di garantire la salute dei suoi pazienti, come può chiudere gli occhi e adattare il suo lavoro alle condizioni disumane dettate da un esercito che ha distrutto, con la democrazia, il sistema sanitario nella sua interezza?

Per concludere

Questa crisi sanitaria globale, insomma, cosa sta rivelando, da un punto di vista etico, filosofico e politico? Per dirla con Habermas, la pandemia impone oggi – contemporaneamente e a tutti – di pensare e agire in un modo che fino a poco fa era appannaggio degli esperti, ossia “nella consapevolezza esplicita della nostra non-conoscenza”⁴.

Oggi tutti stiamo imparando come i nostri governi devono prendere decisioni nella chiara consapevolezza dei limiti delle conoscenze degli esperti che li consigliano. Raramente, conclude il filosofo tedesco, la scena di un'azione politica incerta è stata illuminata così duramente. Questa esperienza insolita lascerà dunque un segno concreto nella coscienza pubblica.

4 « Jürgen Habermas : Dans cette crise, il nous faut agir dans le savoir explicite de notre non-savoir », propos recueillis par Nicolas Truong, *Le Monde*, 10 avril 2020.

Riferimenti

Bensaude-Vincent B., 2020, « Penser l'après : Sciences, pouvoir et opinions dans l'après COVID-19 », *The Conversation*, May 2, available at: <https://theconversation.com> [accessed 1 October 2021].

Bourdin S., Rossignol N., et al. (2020), *Geography of COVID-19 outbreak and first policy answers in European regions and cities*, Policy Brief, ESPON STUDY, December 2020.

Foucault, M. (1974), *Histoire de la médicalisation*, Deuxième conférence prononcée dans le cadre du cours de médecine sociale à L'Université de Rio de Janeiro.

Foucault, M. (2021), *Medicina e biopolitica. La salute pubblica e il controllo sociale*, ed. by Napoli, P., Donzelli, Roma.

Human Right Watch (2020), *China: Respect Rights in Coronavirus Response*, January 2020, available at: www.hrw.org [accessed: September 15, 2021].

International Labour Organisation (2021), *Slow jobs recovery and increased inequality risk long-term COVID-19 scarring*, June 2, Available at: www.ilo.org [accessed: September 17, 2021].

Laborde Debucquet D., Martin W. and Vos R. (2020), "Poverty and food insecurity could grow dramatically as COVID-19 spreads". In Swinnen J. and McDermott J. (eds.), *COVID-19 and global food security*, pp. 16-19, Washington DC, International Food Policy Research Institute, Available at: www.ifpri.org [accessed: September 17, 2021].

Maesschalck M. (2020), *Pandémie et philosophie politique*, Association culturelle Joseph Jacquemotte, available at: <https://dial.uclouvain.be> [accessed 1 October 2021].

Noorlander, P. (2020), *COVID-19 and free speech - The impact of COVID-19*

and ensuing measures on freedom of expression in Council of Europe member states, Council of Europe, available at: <https://rm.coe.int> [accessed October 1, 2021].

OCDE (2019), *Health for Everyone? : Social Inequalities in Health and Health Systems*, OECD Health Policy Studies, Available at: <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en> [accessed: July 3, 2021].

OHCHR - UN Office of the High Commissioner for Human Rights (2008), *Fact Sheet No. 31, The Right to Health*, June, No. 31, available at: www.refworld.org [accessed October 6, 2021].

Sennett, R. (1977), *Fall of Public Man* London: Pinguin Books.

The World Bank (2020), *COVID-19 to Add as Many as 150 Million Extreme Poor by 2021*, Press Release, October 7, Available at: www.worldbank.org [accessed: September 17, 2021].

United Nations Development Programme (2020), *COVID-19 and Human Development: Assessing the Crisis, Envisioning the Recovery*, Available at: <http://hdr.undp.org> [accessed: September 13, 2021].

World Food Programme (2020), *COVID-19 will double number of people facing food crises unless swift action is taken*, Avril 21, Available at: www.wfp.org [accessed: September 17, 2021].

World Health Organization (2019), *Environmental health inequalities in Europe. Second assessment report*, Available at: www.euro.who.int [accessed: July 3, 2021].



1 | BRUXELLES

Eve Alvarez e Celia Salazar

Eve Alvarez e Celia Salazar

1 | Bruxelles: Disuguaglianze nella salute, il caso della “mezzaluna povera”

Abstract

Nonostante le sue dimensioni medie (poco più di un milione di abitanti), Bruxelles è una grande metropoli, la capitale de facto dell’Unione e la seconda città più cosmopolita del mondo, dopo Dubai. È una città-regione, caratterizzata da un centro urbano denso e con un settore terziario dominante, e da una corona di comuni e quartieri, alcuni molto ricchi e altri molto poveri.

Con l’arrivo del COVID-19 e la crisi sanitaria, queste caratteristiche hanno causato ripercussioni sociali simili a quelle di altre grandi città europee. Tuttavia, l’esposizione ai rischi e le conseguenze delle misure sanitarie legate al COVID-19 hanno colpito alcune specifiche micro-aree geografiche della città (quartieri) più di altre.

La definizione di salute dell’OMS tiene conto dei “determinanti sociali” che hanno un impatto reale sul benessere e la salute delle persone.

A Bruxelles, anche prima dello scoppio della crisi sanitaria, c’era già un divario significativo nelle condizioni di salute tra gli abitanti della cosiddetta “mezzaluna povera” (*croissant pauvre* in francese) e il resto della città, a causa di fattori come lo status socio-economico, il livello di istruzione e la densità della popolazione.

Di fronte all’impatto improvviso del COVID-19, la contaminazione e le misure sanitarie hanno colpito tutta la popolazione di Bruxelles, ma la zona della mezzaluna povera è stata colpita in modo più pronunciato e duraturo.

Introduzione

La pandemia non ha colpito tutti allo stesso modo. Sebbene il fenomeno non sia stato immediatamente visibile, ad alcuni mesi dall'inizio del COVID-19 le cifre hanno mostrato un forte divario tra le famiglie residenti nella città-regione di Bruxelles-Capitale. Queste differenze – più o meno marcate a seconda del luogo di residenza – non sono nuove per Bruxelles, laddove i cittadini con maggiori fragilità socioeconomiche e sanitarie convergono nelle analisi statistiche e geografiche. Si tratta infatti di disuguaglianze socio-spaziali concentrate nei quartieri che circondano l'ovest del centro città, disegnando quasi la forma di un croissant, o appunto di una mezzaluna⁵.

L'impatto del COVID-19 ha infatti ulteriormente indebolito gruppi di persone già socialmente messi a dura prova da rischi di esposizione, maggiori tassi di mortalità, scarsa sostenibilità delle misure governative restrittive e minore rispetto dei diritti sociali e sanitari.

Il fatto che le disuguaglianze si concentrino in alcuni spazi non è una caratteristica distintiva di Bruxelles. Studi di vari paesi parlano di impatti differenziati tra individui situati anche nella stessa città o regione, durante la crisi sanitaria; se tuttavia le constatazioni sono simili, approcci ed analisi possono differire.

Cosa si può fare politicamente e socialmente per lottare contro disuguaglianze sociali di salute che vanno al di là della specifica crisi del COVID-19? Un approccio di prossimità ed universalismo proporzionato, potrebbero essere due possibili soluzioni contro il divario tra gli abitanti della cosiddetta «mezzaluna povera» ed il resto della città di Bruxelles?

1.1 Quadro teorico

1.1.1 Le disuguaglianze socio-sanitarie e il gradiente sociale

Les inégalités socioéconomiques en santé existent dès la naissance.
Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2019

Nel 1946, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indicava nella sua costituzione l'importanza di un impegno comune per portare tutti i popoli al più alto standard di salute possibile. La constatazione era, e rimane oggi, che nel mondo non si nasce tutti uguali in ambito sanitario. Nel 1986, la Carta di Ottawa riassume le sue considerazioni in un quadro di riferimento in materia di sanità pubblica che, riprendendo ricerche portate avanti da attori rilevanti della sanità pubblica, indica le categorie di determinanti sociali che influenzano la salute degli individui (Berghmans, 2009). Tra le grandi categorie di evidenziate si trovano, da un lato, le determinanti individuali come età, sesso, fattori ereditari e comportamenti individuali (attività fisica, alimentazione, consumo di tabacco e di alcool, etc.); dall'altro, determinanti legate ai gruppi sociali e alle comunità di appartenenza delle persone; ed infine, le variabili sociali e strutturali da cui dipendono le condizioni economiche, culturali e ambientali (reddito, occupazione, istruzione e quadro di vita degli individui).

Quando le persone vivono in situazioni di estrema fragilità socioeconomica l'impatto sulla loro salute è significativo, ed è ciò che definiamo come «disuguaglianza socio-sanitaria». Queste disuguaglianze sociali in ambito di salute non sono nettamente dicotomiche, quanto piuttosto gradualità: a seconda della categoria socioeconomica in cui si trova la persona, è possibile visualizzare un «gradiente sociale» per il quale i problemi di salute sono socialmente stratificati (Sandon 2015). Ciò significa che l'accesso ai servizi e ai trattamenti sanitari è diverso a seconda della posizione sul gradiente sociale e delle probabilità di mortalità durante un trattamento, più alte per un paziente di basso reddito (Willems et al., 2007). Quando parliamo di salute, ci riferiamo sia alla salute fisica che a quella mentale delle persone. In effetti, le disuguaglianze sociali di salute sono altrettanto visibili nella salute mentale e nelle cure psichiatriche.

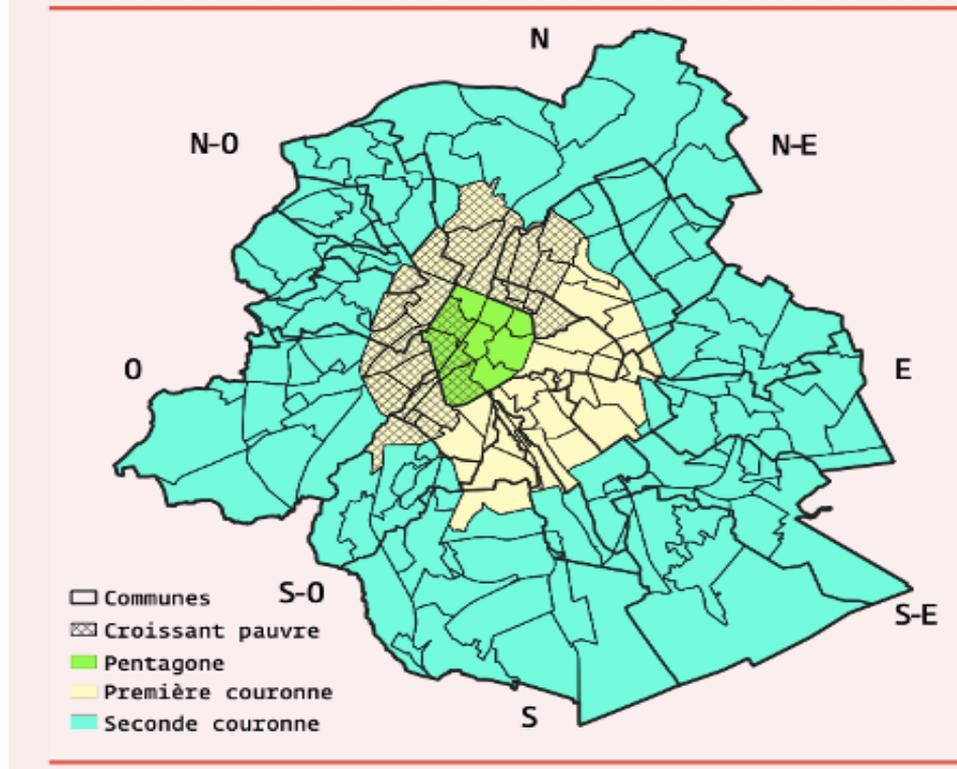
Lo scopo di questa analisi è stimolare interventi sulle determinanti sociali della salute per ridurre le disuguaglianze sanitarie. Ciò consentirebbe

infatti di evitare riflessioni di stampo deterministico e individualista, al fine di implementare azioni di sanità pubblica sostenibili atte al miglioramento degli standard di salute pubblica. Il COVID-19 e la sua crisi globale hanno inasprito le conseguenze di queste disuguaglianze da diversi punti di vista: alcuni visibili nell'immediatezza, altri che possiamo solo immaginare nel lungo periodo. Il nostro obiettivo è di trattare alcune determinanti delle disuguaglianze sanitarie visibili a monte di questa crisi e di confrontarle con alcune problematiche note della pandemia del COVID-19, soffermandosi in particolare sul caso di Bruxelles. In effetti, «L'impatto del COVID-19 ha riprodotto le disuguaglianze sanitarie esistenti, e in alcuni casi le ha aumentate» (Public Health New England 2020). Questo ci aiuterà a riflettere su approcci ed azioni da adottare di conseguenza.

1.1.2 Bruxelles e la sua “mezzaluna povera”

Bruxelles, capitale del Belgio e città-regione, accoglie al suo interno diverse istituzioni chiave: intercontinentali, europee, federali e regionali. Questa capitale riunisce settori di attività dal forte impatto socioeconomico per l'intero paese, differenziandosi dalle altre due regioni del paese – le Fiandre e la Vallonia – anche per il suo bilinguismo franco-nederlandese ed il suo “paradosso economico”, trattandosi di una regione dove molta ricchezza è prodotta, ma dove la popolazione residente è molto povera (Avalosse et al., 2019: 11).

① CARTE-REPÈRE DES 145 QUARTIERS BRUXELLOIS : CROISSANT PAUVRE ET COURONNES D'URBANISATION



Mappa dei 145 quartieri di Bruxelles: mezzaluna povera e corone di urbanizzazione (Fonte: Monitoring des quartiers - IBSA Bruxelles)

Numerose sono le disparità socio-geografiche interne, la cui origine è legata alla storia della città. I quartieri originariamente industriali, infatti, erano inizialmente occupati da una popolazione autoctona che si è progressivamente allontanata dal centro verso la periferia, lasciando spazio a lavoratori immigrati che hanno trasformato gli spazi in “quartieri di arrivo” per popolazioni etnicamente diverse e meno abbienti. Nel corso degli anni, questi quartieri sono stati geograficamente caratterizzati da uno scarto rispetto al resto della città (Mistiaen et al., 1995), visibile sia in termini di affitti più abbordabili sia per una più marcata presenza di popolazione immigrata rispetto al resto della regione (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2018). Questa zona, caratterizzata da recessione socioeconomica, storica e urbanistica, forma oggi una

mezzaluna a ovest del centro di Bruxelles, una definizione ormai adottata dalle analisi socioeconomiche e sanitarie da molti anni (in francese si usa il termine di “croissant pauvre”, che qui traduciamo in “mezzaluna povera”).

1.1.3 Mezzaluna povera e disuguaglianze sociali in campo sanitario

Le disuguaglianze socio-geografiche sono molto marcate nella regione di Bruxelles-capitale. Nell’ambito di questa analisi, proponiamo di valutare le disuguaglianze sociali in ambito sanitario constatate confrontando da un lato il comune di Saint-Josse-Ten-Noode (situato nella cosiddetta “mezzaluna povera” con alta densità di popolazione, una situazione socioeconomica fragile, fortemente colpita dalla disoccupazione) e dall’altro il comune di Woluwe-Saint-Pierre (con minore densità di popolazione e redditi molto più elevati, situato al di fuori della mezzaluna povera ma spazialmente vicino).

Uno degli indicatori più significativi è l’aspettativa di vita. Nel 2018, l’*Observatoire de la Santé et du Social* rileva che una persona che vive a Saint-Josse-Ten-Noode ha una speranza di vita inferiore di 5 anni rispetto a chi vive a Woluwe-Saint-Pierre. Qual è l’origine di questa differenza così marcata? Un insieme di fattori socioeconomici che creano un divario tra gli individui: si tratta di fattori chiave del benessere quali l’accesso ad alloggi di qualità, redditi sufficienti, occupazione durevole, livello di istruzione, assistenza sanitaria, rivendicazione di diritti civili contro le discriminazioni etc.

È importante rilevare che la situazione è ancora più critica per le numerose persone che passano tra le maglie della rete di protezione del welfare, risultando dunque invisibili alle statistiche esistenti e qui presentate. È il caso dei lavoratori precari o in nero, dei senzatetto e di chi non possiede documenti (*Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale*, 2020). Se il divario era già notevole prima della crisi, non sorprende dunque riscontrare un analogo impatto a causa del COVID-19.

1.2 No, non siamo tutti uguali di fronte al virus

Gli abitanti di Saint-Josse hanno un rischio maggiore del 50% di contrarre la malattia rispetto ai residenti di Woluwe-Saint-Pierre.

Luncina e Masini. 2021



Striscione nel quartiere dei Marolles - Bruxelles (foto degli autori, giugno 2020)

1.2.1 Comorbilità e disuguaglianze socio-sanitarie rispetto al COVID-19

All'inizio della pandemia, il tasso di mortalità in Belgio non era particolarmente elevato nelle zone socio-economicamente svantaggiate. Dopo alcuni mesi, tuttavia, i dati hanno cominciato a mostrare che, più che l'indicatore biologico dell'età, l'aumento della mortalità da COVID-19 colpisce duramente le popolazioni a reddito basso (Willaert et al., 2021).

Se si considerano i fattori di disuguaglianza socio-sanitaria pre-esistenti alla pandemia, si constata infatti che le persone in situazione di precarietà economica sono maggiormente colpite da malattie come il diabete (vedi tabella 1). Diversi studi condotti sui fattori di comorbilità COVID-19 evidenziano inoltre che, per le persone affette da malattie croniche e respiratorie, vi è un rischio elevato di riscontrare forme gravi della malattia, di ospedalizzazione e mortalità. Tra marzo e giugno del 2020, il Belgio

ha registrato una comorbilità del 21,5% di ricoverati in ospedale e 28% deceduti a causa del COVID (Van Beckhoven et al. 2021). Lo stesso è avvenuto in paesi come negli Stati Uniti, dove la popolazione diabetica e quella obesa sono state più duramente colpite dal COVID-19 (Sultan et al., 2021).⁶

Tabella 1: Incidenza del diabete nel 2018 in tre comuni di Bruxelles (migliaia)

	Saint-Josse-Ten-Noode	Woluwe-Saint-Pierre	Regione di Bruxelles-Capitale
Incidenza del diabete	69	40	57

Source : Agence Intermutualiste (www/aim-ima.be)

1.2.2 Disparità nelle misure universali di contrasto al COVID

Le disuguaglianze sociali in campo professionale e finanziario sembrano essere aumentate come conseguenza della crisi sanitaria.

Bajos et al., 2020

Con l'introduzione dei diversi sistemi di confinamento (o lockdown) applicati in più parti d'Europa tra marzo 2020 ed il 2021, il governo e le regioni belga hanno adottato una serie di misure atte a controllare e ridurre la diffusione del virus. Dopo un rigoroso periodo di chiusura totale seguito da una breve riapertura estiva, da Bruxelles vengono varate una serie di misure restrittive a partire da settembre: obbligo di indossare la maschera al di fuori del nucleo domestico, coprifuoco dalle 22 alle 6 del mattino, "bolla sociale" ridotta, sospensione dei corsi e delle attività nelle

⁶ Nel parere CSS 9597-9611 del *Conseil Supérieur de la Santé* del luglio 2020 (www.css-hgr.be), i pazienti a rischio di fase Ib sono definiti come segue: "Pazienti di età compresa tra 45 e 65 anni con le seguenti comorbilità e a rischio di sviluppare una grave patologia da COVID-19: obesità, diabete, ipertensione, malattie croniche cardiovascolari, polmonari, renali ed epatiche e neoplasie ematologiche fino a 5 anni dopo la diagnosi e tutti i recenti tumori solidi (o recenti trattamenti antitumorali)."

scuole, chiusura di numerosi luoghi considerati non indispensabili come alberghi, ristoranti, caffè, luoghi culturali, collettivi ed eventi all'aperto, ecc. Sebbene tali misure abbiano reso più difficile la vita di tutta la popolazione di Bruxelles, il loro impatto è stato diversificato sulle fasce di popolazione.⁷

Woluwe-Saint-Pierre è quasi 8 volte più grande di Saint-Josse-Ten-Noode (vedi tabella 2), ma la densità di popolazione del secondo è cinque volte più alta del primo. A Saint-Josse, gli alloggi – più economicamente accessibili che altrove a Bruxelles – sono tuttavia tendenzialmente più piccoli di dimensioni (il 49,25% degli abitanti viveva in meno di 55m² nel 2001, vedi tabella 3). Queste abitazioni sovraffollate, raddoppiate a causa delle difficoltà economiche della popolazione in difficoltà (Croix Rouge, 2021), non hanno fatto che aumentare le tensioni interne ai nuclei familiari, aggravando il disagio mentale degli individui ed il senso di reclusione dovuto alle misure imposte.⁸

Tabella 2: Superficie (km²) dei comuni Saint-Josse-Ten-Noode e Woluwe-Saint-Pierre (2019)

Saint-Josse-Ten-Noode	Woluwe-Saint-Pierre	Bruxelles-Capitale Region
1,18	8,85	161,4

Fonte: Monitoring des quartiers– IBSA Bruxelles

7 Alcune misure sono state messe in atto anche in altre regioni del Paese, con differenze relative all'uso della mascherina nei luoghi pubblici e agli orari del coprifuoco.

8 Secondo un sondaggio della Croce Rossa del 2021 intitolato «Sondaggio: 9 belgi su 10 sono colpiti finanziariamente e psicologicamente dalla crisi sanitaria: «Quasi il 40% dei belgi (39,3%) indica che il proprio budget alimentare è stato colpito dalla crisi sanitaria negli ultimi 12 mesi e che ha dovuto fare sacrifici per mangiare».

Tabella 3: Reddito annuo imponibile (2015), Densità delle famiglie (2019), Superfici delle abitazioni e prezzi degli affitti (2001) dei comuni di Saint-Josse-Ten-Noode e Woluwe-Saint-Pierre e della Regione di Bruxelles-Capitale

	Saint-Josse-Ten-Noode	Woluwe-Saint-Pierre	Regione di Bruxelles-Capitale (valori medi)
Reddito imponibile medio pro capite (€)	8690	19910	13831
Densità delle famiglie (famiglie/km²)	10 495	2103	3394
Superficie media per unità abitative (m²)	63	92	73
Quota delle abitazioni di meno di 55 m² (%)	49	20	29
Quota di abitazioni da 55 a 84 m² (%)	26	25	26
Quota degli alloggi di oltre 85 m² (%)	24	55	45
Affitto mensile medio per abitazione (€)	638	938	749

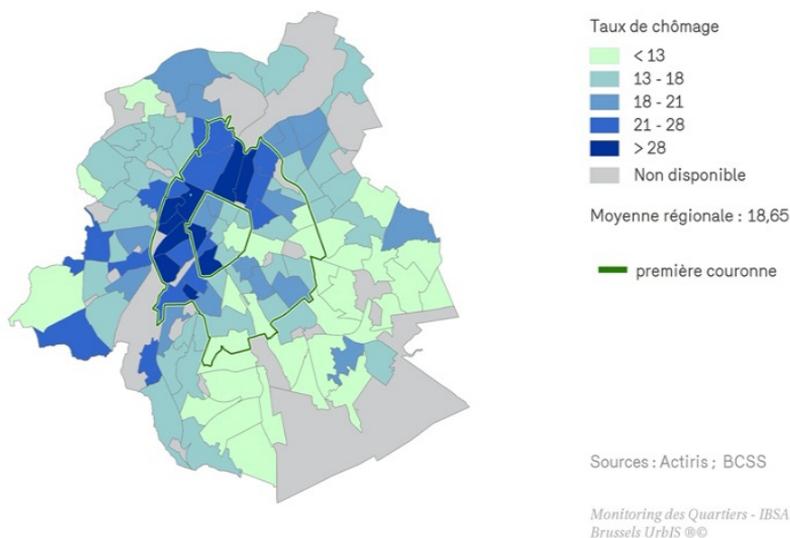
Fonte: Monitoring de quartiers – IBSA Bruxelles

1.2.3 Disparità in termini di occupazione e disoccupazione durante la pandemia

Sebbene alcuni settori economici si siano adattati all'introduzione del telelavoro, mantenendo continuità di servizio ed evitando il rischio di esposizione, ciò non è avvenuto uniformemente. I mestieri di riproduzione sociale, che rispondono ai bisogni quotidiani degli esseri umani, sono considerati come di necessità e hanno dovuto rimanere accessibili durante i periodi di quarantena. Queste occupazioni, in cui donne e persone con redditi più bassi sono la maggioranza (De Simoni, 2020), sono state quindi maggiormente esposte al rischio di contaminazione – spostandosi per lo più con mezzi pubblici.

I settori dell'edilizia, alberghiero, così come ristoranti e caffetterie, non hanno invece potuto restare aperti al pubblico né adattarsi al lavoro a distanza, allocando gran parte del personale in disoccupazione temporanea nel caso di contratti a tempo indeterminato. È importante sottolineare che si tratta di settori in cui i lavoratori precari e migranti lavorano in gran numero, senza il beneficio della rete di protezione sociale.

Taux de chômage 2018 (%)



Mappa del tasso di disoccupazione nei quartieri di Bruxelles-Capitale (2018, valori percentuali)

Già prima della diffusione del COVID-19, la zona della mezzaluna povera era la più duramente colpita dalla disoccupazione, con il comune di Saint-Josse-Ten-Noode in testa (vedi mappa 2). Le misure di lockdown e le restrizioni sanitarie non hanno fatto che aggravare l'esistente precarietà socioeconomica. Ad esempio, il settore cosiddetto "HORECA" (hotel, ristoranti, caffè) è stato chiuso per quasi un anno. Questo settore rappresenta infatti l'11,90% dei posti di lavoro nel comune di Saint-Josse-Ten-Noode contro il 4% nel comune di Woluwe-Saint-Pierre (Luncina et al., 2021).

1.2.4 Il non ricorso ai diritti sociali

La mancata rivendicazione dei diritti sociali (*non take-up* in inglese, *non recours* in francese) è un fenomeno da analizzare per comprendere le diseguaglianze sanitarie. Si tratta di una situazione in cui un *avente diritto* non beneficia di uno o più diritti cui può usufruire (Noel, 2021). È un fenomeno fortemente presente nelle situazioni di maggiore precarietà per le quali questi diritti sociali – ivi compreso l'accesso ai servizi sanitari – rimangono tuttavia essenziali.

Il COVID-19 ha stravolto le situazioni economiche e di risparmio di migliaia di famiglie: molte sono state le situazioni di "non ricorso", amplificatesi nel tempo. A causa di fattori quali i cambiamenti di status giuridico (che condiziona l'accesso ai diritti), la non accessibilità alle informazioni (per incidenza della barriera linguistica delle persone di origine straniera), la digitalizzazione e dematerializzazione delle procedure nonché la loro complessità, la mancata conoscenza dei propri diritti, la scarsità di proposte professionali che possano verificare o farne valere la fruibilità. Di fronte a questa "corsa a ostacoli", la maggior parte degli "aventi-diritto" viene scoraggiato a far richiesta, rimandando le cure. Il gradiente sociale è dunque marcato: il rinvio delle cure sanitarie diminuisce all'aumentare del reddito⁹. Nel maggio 2021, l'Istituto di sanità pubblica Sciensano ha riferito che meno del 20% della popolazione totale era vaccinata nel comune di Saint-Josse-ten-Noode, rispetto al 32% di Woluwe-Saint-Pierre.

Se in generale molte persone hanno sperimentato un abbassamento del

⁹ Nella Regione di Bruxelles, il 38% delle famiglie con difficoltà ad arrivare alla fine del mese dichiara di aver rinviato le cure per motivi economici, rispetto al 4% delle famiglie a maggior reddito.

loro tenore di vita, il problema più grave risiede in coloro che cadono tra le crepe della rete di sicurezza sociale. Coloro i quali non hanno o hanno scarso accesso ai loro diritti.

1.2.5 La salute mentale di fronte al COVID-19, l'incapacità di agire immediatamente

Pensare alla salute mentale solo durante un'emergenza è inefficace, anche e soprattutto in una crisi sistemica globale come quella attuale. (...) gli effetti sulla psiche possono essere immediati, ma il loro impatto è spesso ritardato.

M. Yahyâ Hachem Samii, 2020

L'impatto della crisi pandemica sulla salute mentale della popolazione è un aspetto particolarmente rilevante da considerare. Nel dicembre 2020, gravi forme di depressione hanno infatti colpito il 18% della popolazione di Bruxelles, con disturbi del sonno che toccano il 75% degli abitanti (rispetto al 6% e al 33%, rispettivamente, prima della crisi). Le persone in maggiore difficoltà socioeconomica sono infatti le più preoccupate (Observatoire de la Santé et du social de Bruxelles, 2020), laddove difficoltà finanziarie rendono le persone vulnerabili a depressione ed ansia (OMS, 2001). Nel 2018, uno studio dell'Osservatorio della Salute di Bruxelles ha rilevato come le persone con titoli di studio superiori abbiano statisticamente riportato meno problemi di salute mentale (come ad es. depressioni gravi o disturbi depressivi, ansia) rispetto chi detiene un diploma di istruzione secondaria (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, 2020). Le pressioni indotte dalla pandemia, la mancanza di risorse, il confinamento in case anguste, l'isolamento degli individui hanno solo aumentato il disagio psicologico di chi si trovava in situazione di fragilità socioeconomica e per cui – già prima della crisi – le cure di salute mentale erano limitate. Infatti, il ricorso a psicologi ed eventuale uso di antidepressivi sono ridotti o spesso ritardati a causa di problemi finanziari (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles 2018).

Diverse sono state le misure di emergenza attuate dal governo per dare la possibilità di sedute psicologiche contro i disagi legati al COVID-19 – si tratta però di incentivi a breve termine. Secondo gli esperti del settore, pensare alla salute mentale solo come una questione di urgenza e immediatezza non sembra essere un modo efficace e produttivo per aiutare le persone in difficoltà. I problemi e le patologie vissute dalle persone, infatti, non sono apparsi solo in relazione alla pandemia, quanto

il più delle volte amplificati o esacerbati dalle condizioni di vita ad essa associate; a causa, ad esempio, di maggiore isolamento, perdita di connessione con il mondo esterno, aggravarsi delle tensioni familiari e violenza domestica (Depez et al., 2020).

A ciò si aggiunge la dimensione economica e la perdita di reddito, che hanno esacerbato il sentimento di ansia. Diverse persone si sono trovate per mesi in una situazione di “congelamento” sociale ed economico. Le persone in situazioni irregolare, ad esempio, lavorando al di fuori del quadro giuridico del mondo del lavoro si sono poi trovate senza risorse finanziarie né aiuti da parte dello Stato.

Queste problematiche purtroppo non finiranno dopo la pandemia: come il resto delle disuguaglianze sociali, erano già presenti e si sono solo aggravate. Inoltre, i segni di questi tempi difficili saranno profondamente radicati nelle persone che li hanno vissuti, ed anche coloro che *hanno resistito* si rivolgono solo mesi dopo ai servizi di welfare. Per consentire un reale sostegno alle persone nel migliorare la loro salute mentale, è dunque necessaria un’assistenza continuativa di lungo periodo.

1.2.6 Prospettive britanniche e francesi sulle disuguaglianze

Nonostante le specificità dei quartieri della mezzaluna povera, l’inasprimento delle disuguaglianze socio-economiche cittadine a causa della pandemia va ben oltre i confini di Bruxelles. Alcuni studi geograficamente situati dimostrano infatti che gli abitanti dei quartieri più popolati presentano tendenzialmente maggiori discrepanze socio-sanitarie, e che il COVID-19 (con i suoi rischi di contaminazione, mortalità e misure discriminatorie) ha solo aumentato queste disuguaglianze sociali esistenti.

Nel caso dell’Île-de-France ad esempio, i dati mostrano forti differenze tra centro città parigino e periferie come quella di Seine-Saint-Denis, dove l’alto tasso di mortalità è legato ad una serie di ragioni del tutto simili a quelle della «mezzaluna povera»: ristrettezza degli alloggi, differenze occupazionali a seconda del settore di attività, discriminazioni nelle misure di confinamento rispetto al luogo di residenza (Dubost, Pollak et Reys, 2020).

Sono differenze riscontrabili anche nella città di Londra laddove, oltre la residenza ed il reddito, è l'aspetto comunitario ad essere più pronunciato. Secondo uno studio di Camargo et al. (2021), le minoranze etniche soffrono un più alto tasso di mortalità ed ospedalizzazione da COVID-19, rispetto al resto della città. Le comunità interessate sono indicate con l'acronimo britannico BAME (Black, Asian & other Ethnic Minority). Questo studio si sofferma in particolare sul rapporto tra disuguaglianze sociali e biologiche in relazione alle comunità BAME di Londra, un confronto che va oltre il quadro della città di Londra. Sono diversi i rapporti di Public Health England nel 2020 a sottolineare sproporzionate differenze sproporzionate nella diffusione del virus ed i suoi decessi per le comunità BAME rispetto al resto della popolazione del Regno Unito, nonché per maggior rischio di comorbidità rispetto a persone "bianche" (PHE, 2020).

Il rapporto tra etnia e disuguaglianze strutturali non è comunque una novità, nel Regno Unito. Sin dal 1991, anno del primo censimento che considerava il fattore dell'appartenenza etnica, questo elemento è stato assunto come fattore di analisi e spiegazione strutturale delle disuguaglianze; è ciò ad aver dato origine all'acronimo BAME (Lassale, 1998).

È interessante notare anche che, sebbene le analisi possano in parte differire, sono state rilevate disuguaglianze socio-sanitarie nella gran parte delle metropoli europee in relazione all'impatto del COVID-19. In alcuni casi, le disuguaglianze presenti all'interno di una stessa città sono geograficamente più marcate – come nel caso della «mezzaluna povera» di Bruxelles o dei sobborghi di Parigi. Per altri, sono invece le dimensioni etniche ad avere preponderanza sul gradiente sociale rispetto la localizzazione spaziale degli individui, come nel caso del Regno Unito e di Londra che misurano le disuguaglianze tra le comunità BAME e il resto degli abitanti. La conclusione è comunque la stessa: non siamo tutti uguali di fronte al virus.

1.3 Come ripensare la politica sanitaria dopo l'emergenza COVID-19?

È fondamentale soffermarsi sulle disuguaglianze socio-sanitarie per impostare politiche di salute pubblica che incidano sulle determinanti sociali della salute. In questo senso, sono stati evidenziati gli effetti delle disuguaglianze socio-sanitarie in merito al tasso di comorbidità

da COVID-19 ed i diversi rischi di esposizione geografica. Sono ancora insufficienti, tuttavia, i dati sull'impatto sociale dell'epidemia, nonché studi incentrati sulla complessità delle situazioni di fragilità socioeconomica.

L'*Université Libre de Bruxelles* sta attualmente studiando come rafforzare politiche di prevenzione mirate ai gruppi più vulnerabili: si tratta di una riflessione interdisciplinare che fornirà una migliore comprensione del profilo sociologico ed epidemiologico dei pazienti COVID-19¹⁰.

Nel frattempo possiamo solo osservare quanto le disuguaglianze sociali, a Bruxelles, siano state aggravate dalla pandemia. Quali soluzioni possiamo proporre? Come ripensare le politiche di sanità pubblica per agire in modo duraturo sulle determinanti sociali di salute e le disuguaglianze presenti nella capitale belga?

1.3.1 Approccio di prossimità e salute di comunità: una soluzione locale per contrastare le disuguaglianze socio-sanitarie?

È più che mai fondamentale andare a cercare le persone casa per casa, pensare risposte a livello di quartiere ed a misura di cittadino, discutendo sistemi di informazione e prevenzione insieme ai cittadini stessi e sulla base delle loro realtà.

Myaux D. et al. 2020

I gruppi sociali più fragili soffrono di molteplici vulnerabilità: problemi di salute mentale e fisica, alloggi inadeguati (o inesistenti), difficoltà finanziarie ed accesso limitato a cure e servizi – per citarne alcuni. Per contrastare il fenomeno della non rivendicazione dei diritti delle persone che vivono in queste condizioni, sono state proposte alcune risposte intersettoriali e locali – rivelatesi strategie efficaci – da parte di organizzazioni del settore che lavorano già da molti anni con questo tipo di metodologie (Fédération Bruxelloise de la Promotion de la santé, 2020).

Dopo un anno di lotta al virus, a Bruxelles, due organismi politici hanno ideato simultaneamente soluzioni atte a promuovere l'accessibilità ai servizi socio-sanitari nei quartieri più vulnerabili, con lo stesso scopo: il

¹⁰ "ULB, Université Libre de Bruxelles, Inégalités et COVID-19. Profils sociologiques et épidémiologiques des malades du COVID-19" <https://www.ulb.be/fr/fnrs/projets-exceptionnels-de-recherche-per-covid-19>

dispiegamento di assistenti sociali in prima linea per andare direttamente incontro ai bisogni. Si tratta, da un lato, del programma *Community Health Workers* (Operatori sanitari di comunità) istituito a livello federale dal Ministero della sanità pubblica, e dall'altro del *Relais d'Action Quartier* (Passaggio all'azione di quartiere) del progetto ALCOV, organizzato dall'istituzione competente in ambito di assistenza alla persona e salute a livello di Bruxelles-Capitale (la Commissione Comunitaria Comune, COCOM). Tramite un approccio di prossimità, che tiene conto delle realtà e dei bisogni locali (barriere linguistiche, digital divide, problemi di mobilità, sfiducia istituzionale, etc.) i team multiculturali possono infatti stringere legami di fiducia con le persone. Innanzitutto per agire sul contrasto al COVID-19 (test, informazione, vaccinazione, ecc.), ma più in generale per impegnarsi nella lotta alla "non rivendicazione dei diritti", fornendo ai cittadini un collegamento diretto ai servizi di aiuto, sanitari e di cura. Con lo stesso intento, nel maggio 2021 presso il comune di Saint-Josse-Ten-Noode, è stata costituita un'unità vaccinale locale, a fronte della necessità di un approccio locale atto a costruire rapporti di fiducia, per essere adeguatamente informati e supportati nell'applicazione delle misure, contrastando così il mancato utilizzo del vaccino, anche a barriera digitale e circolazione di false informazioni. Questi programmi sono stati implementati solo con fini emergenziali, e scadenza è posta a fine 2021.

Oltre al progetto ALCOV, la COCOM sta avviando alcuni Contratti Socio Sanitari Locali in nove quartieri situati nella «mezzaluna povera» di Bruxelles. Utilizzando un approccio community-based, questi progetti pilota vogliono ripensare la programmazione dei servizi socio-sanitari dei quartieri, costruendola intorno ai bisogni situati degli individui. Con una visione olistica del benessere, del lavoro intersettoriale ed un processo di co-costruzione con attori locali e comunitari dei quartieri, queste azioni cercheranno di migliorare la qualità della vita e il benessere dei residenti per un periodo di 5 anni.

Nel campo della salute mentale, l'approccio di prossimità ha permesso di avviare iniziative innovative a Bruxelles. Diversi sono i «luoghi di connessione» aperti a varie attività (culturali, artistiche, ecc.) che risultano disponibili a soggetti con difficoltà e disturbi mentali, sia frequentanti i centri di salute mentale ma anche agli abitanti dei quartieri più in difficoltà, accessibile a tutti.

Interessante è poi il ruolo di "esperto del vissuto" o "assistente alla pari",

cioè una persona che ha vissuto situazioni di povertà o esclusione sociale, ed usa la propria esperienza per segnalare alle istituzioni i più gravi ostacoli d'accesso alla fruizione di un diritto (Lemaire, 2021). Sebbene ancora poco diffusa, questa nuova professione porta con sé un grande valore aggiunto alle istituzioni in cui è coinvolta, e potrebbe avere un ruolo centrale nella co-costruzione di progetti sanitari di comunità.

Il lavoro di comunità è un processo che consente la partecipazione degli individui ed il loro coinvolgimento nel processo collettivo. Si tratta di un'azione a lungo termine che consente maggiore partecipazione degli abitanti alle politiche di prevenzione, nonché un adattamento delle politiche sanitarie ai bisogni della popolazione stessa. Nonostante il crescente interesse dell'approccio alla salute di comunità, si tende ancora a finanziare progetti una tantum. Per instaurare un vero processo di cambiamento, è necessario integrare questo sforzo con lo sviluppo di finanziamenti strutturali e sostenibili (Fédération Bruxelloise de Promotion de la Santé 2020).

1.3.2 Universalismo proporzionato nella sanità pubblica, un secondo passo nella lotta alle disuguaglianze sociali in ambito sanitario

A fronte di misure di prevenzione "universali", cioè pensate per la popolazione generale, le cosiddette categorie sociali privilegiate sono spesso le principali beneficiarie (Affeltranger et al., 2018). Nel contesto del COVID-19, per esempio, le misure restrittive e di chiusura degli spazi pubblici a Bruxelles hanno mostrato profonde disuguaglianze. Non sono state le porzioni privilegiate di popolazione ad essere colpite da queste misure, quanto piuttosto chi vive nella cosiddetta «mezzaluna povera»: con pochi o nessun accesso agli spazi aperti, confinati in alloggi angusti e sovraffollati.

Sia gli approcci universali (una medesima azione rivolta all'intera popolazione, indipendentemente dal loro status socioeconomico) che quelli mirati (rivolti ad un pubblico specifico) presentano degli svantaggi ed hanno un impatto limitato, in relazione al gradiente socio-sanitario. In questo senso, nel 2010, Sir Michael Marmot ha proposto all'OMS il concetto di "universalismo proporzionato", atto a ridurre il divario nel gradiente sociale, ossia "raggiungere l'intera popolazione, pur essendo concentrati sulle popolazioni più vulnerabili" (Sandon, 2015).

Si tratta di ripensare le azioni universali con una scala ed un'intensità proporzionate alle esigenze specifiche di pubblici diversi, nonché alle loro specificità socio-culturali (senza intento discriminatorio). Questo potrebbe permettere un sostegno su misura per chi soffre problematiche specifiche, laddove "il principio dell'universalismo proporzionato non riguarda solo l'aspetto quantitativo delle azioni, ma soprattutto quello qualitativo, tramite azioni differenziate e adattate al contesto locale" (Missine et al., 2017).

Di fronte alle disuguaglianze sociali in ambito di salute, le strategie di salute pubblica dovrebbero infatti essere costruite in dialogo con tutti gli attori interessati (politici, professionisti e gruppi beneficiari); è fondamentale agire su determinanti sociali di salute come la qualità dell'alloggio, il tipo di occupazione e l'accesso ai diritti, in particolare tramite approcci comunitari ed universalismo proporzionato. "La principale posta in gioco per l'azione pubblica è fornire una risposta giuridica, istituzionale e organizzativa in merito all'effetto socialmente e territorialmente differenziato delle strategie di prevenzione, e della loro capacità di diminuire le disuguaglianze di salute" (Affeltranger et al., 2018).

Riferimenti

Affeltranger, B., Potvin, L., Ferron, C., Vandewalle, H. & Vallée, A. (2018). Universalisme proportionné : vers une «égalité réelle» de la prévention en France ? *Santé Publique*, 1, pp.13-24. <https://doi.org/10.3917/spub.184.0013> [vu le 29 juin 2021].

Avalosse, H., Maron, L., Lona, M., Guillame, J., Alllaoui E.M. & Di Zinno, T. (2019). Inégalités sociales en santé, *Intermutualistisch Agentschap – Agence Intermutualiste*. https://ima-aim.be/IMG/pdf/inegalites_en_sante_-_rapport_ima_-_final_-_fr_-_20190508.pdf [vu le 29 juin 2021].

Bajos N., Warszawski J., Pailhé A., Counil E., Jusot F., Spire A., Martin C., Meyer L., Sireyjol A., Franck J.-E., Lydié N. (Octobre 2020). Les inégalités sociales au temps du COVID-19. *IRESF, Questions de santé publique*, n°40.

Berghmans L. (2009). Inégalités sociales de santé, une histoire ancienne d'actualité, *Éducation Santé*, 245, pp.3-4. www.educationsante.be/es/article.php?id=1110 [vu le 29 juin 2021].

Camargo, A., Aliko, S., Akinola-Odusola & D., Hossain, E. (2021). COVID-19 & Biological Inequality; a London Data Study. *Centric-Lab*. www.thecentriclab.com/COVID-19-poverty-a-london-data-study [vu le 30 juin 2021].

Croix-Rouge de Belgique (2021). *Enquête : 9 Belges sur 10 touchés financièrement et psychologiquement par la crise sanitaire*. www.croix-rouge.be/2021/03/11/enquete-9-belges-sur-10-touches-financierement-et-psychologiquement-par-la-crise-sanitaire/ [vu le 30 juin 2021].

De Simoni, S., (2020). Penser la pandémie : La catégorie de la reproduction sociale. *Analyse APMC Smart* , n°16. https://smartbe.be/wp-content/uploads/2020/12/Penser_la_pandemie.pdf [vu le 29 juin 2021].

Deprez, A., Noel, L. & Ramirez F.S. (2020). Analyse des impacts de la

première vague de la crise de la COVID-19 sur les personnes précarisées et les services sociaux de première ligne en Région Bruxelloise et en Wallonie. Rapport de la phase exploratoire (juin à août 2020) *Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique*. www.iweps.be/wp-content/uploads/2020/12/L-Impact_sociaux_COVID_-_Rapport_phase_exploratoire_09.12.2020_.pdf. [vu le 30 juin 2021].

Dubost, C-L., Pollak, C. & Rey, S. (2020). Les inégalités sociales face à l'épidémie de COVID-19 État des lieux et perspectives, *Dossier de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de statistiques*. Ministère des Solidarités et de la Santé, n°62, www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/131647/1/dossiers_62.pdf [vu le 29 juin 2021].

Fédération Bruxelloise de Promotion de la Santé, (2020). Apports de la démarche communautaire en santé en situation de COVID-19, <https://educationsante.be/apports-de-la-demarche-communautaire-en-sante-en-situation-de-COVID-19/> [vu le 30 juin 2021].

Hermia, J-P. & Treutens, P-P. (2021). "Évolution récente des revenus dans les quartiers bruxellois", *Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse*, Focus n°41, p.2. https://ibsa.brussels/sites/default/files/publication/documents/Focus-41_FR_FINAL_light.pdf [vu le 30 juin 2021].

Lagrange, H. (2020). COVID-19: Contaminations et décès au miroir de l'ethnicité, *Variances.EU*, http://variances.eu/?p=5425#_ftn9 [vu le 30 juin 2021].

Lassalle, D. (1998). La généralisation progressive du recueil de statistiques ethniques au Royaume-Uni, *Population*, vol.53, n°3, pp. 609-630.

Lemaire F. (mars 2021). Les experts du vécu, *Les Nouvelles figures de soins, Santé conjugée* n°94 pp. 29-31.

Luncina, A., Masini, M. (2021). "Le virus des inégalités", *Alter-échos*. www.alterechos.be/longform/le-virus-des-inegalites/ [vu le 2 juin 2021].

M. Yahyâ Hachem Samii (2020). Exposé dans *Propositions de recommandations* de la Commission spéciale consacrée à la gestion de la pandémie de COVID-19 par le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et le Collège réuni de la Commission communautaire commune

de Bruxelles-Capitale.

Missine, S. & Mahy, C. (2017). L'universalisme proportionné, stratégie de réduction des inégalités sociales de santé. Synthèse du 9 mai 2017, *Séminaires sur les inégalités sociales*. Observatoire de la santé, Province du Hainaut, https://observatoiresante.hainaut.be/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2018/06/2017-05-09_SEMISS_Universalisme_proportionne_07-03-2018.pdf [vu le 27 juin 2021].

Mistiaen, P., Meert H. & Kesteloot Ch. (1995). Polarisation socio-spatiale et stratégies de survie dans deux quartiers bruxellois, *Espace, populations, sociétés*, vol.3. pp. 277-290.

Myaux, D., Serré, A. & Vleminckx J., (2020). Un accueil social de première ligne pour favoriser l'accès aux droits. Non-recours et sous-protection sociale. *Les Cahiers de la recherche d'action*, n°9, Fédération des Services Sociaux.

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2018). *Baromètre social 2018*, Commission communautaire commune www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/barometre_social_2018.pdf [vu le 27 juin 2021].

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, (2019). *Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé*. www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2019-2_inegalites_sociales_sante_resume_fr.pdf [vu le 2 juin 2021].

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2020). *Baromètre social 2020*, www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/barometre-welzijnsbarometer/barometre_social_2020.pdf [vu le 2 juillet 2021].

Organisation Mondiale de la Santé (2001). Santé mentale : Les ministres appellent à l'action. *Tables Rondes Ministérielles*, 54ème Assemblée Mondiale De La Santé, Genève. www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf [vu le 27 juin 2021].

Public Health England (2020). Disparities in the risk and outcomes from

COVID-19. *Public Health England Review*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/908434/Disparities_in_the_risk_and_outcomes_of_COVID_August_2020_update.pdf [vu le 29 juin 2021].

Sandon, A. (2015). Inégalités sociales de santé et promotion de la santé”, *Ireps de Bourgogne - Dossier technique*, n° 7. https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/dossier_technique_iss_complet.pdf [vu le 29 juin 2021].

Semah, H. (2021). L'impact du COVID-19 sur les inégalités entre les femmes et les hommes à Bruxelles” *Rapport Conseil Bruxellois de l'égalité entre les femmes et les hommes*, Région de Bruxelles-Capitale. www.adviesraad-gelijke-kansen.irisnet.be/wp-content/uploads/2021/04/CONSEIL-BXL-EGALITE-FEMMES-HOMMES_RAPPORT-Fr-COVID19-2021_DEF-003.pdf [vu le 29 juin 2021].

Sultan, A. & Halimi S. (2021). Relation entre diabète de type 2 et la COVID-19 : les dernières données. *Moyenne Mal Métab.* vol 15, n° 9–14. www.em-consulte.com/revue/mmm [vu le 30 juin 2021].

Université Libre de Bruxelles (2021). *Projets exceptionnels de recherche, PER - COVID-19* www.ulb.be/fr/fnrs/projets-exceptionnels-de-recherche-per-COVID-19 [vu le 29 juin 2021].

Van Beckhoven D., Duysburgh E., Montourcy M., De Rouck M., Vilain A., Catteau L., Deblonde J., Wyndham-Thomas C & Van Goethem N., (2021). «Points clés de la surveillance des patients hospitalisés atteints d'une infection COVID-19 confirmée: Résultats jusqu'au 14 juin 2020». *Sciensano Bruxelles* https://COVID-19.sciensano.be/sites/default/files/COVID19/COVID-19_BRIEF_HOSPITAL_REPORT_FR.pdf [vu le 29 juin 2021].

Vanthomme, K., Gadeyne, S., Lusyne, P. & Vandenheede, H. (2021). “A population-based study on mortality among Belgian immigrants during the first COVID-19 wave in Belgium. Can demographic and socioeconomic indicators explain differential mortality?”. *SSM Popul Health*, vol 16, n°14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33997246/> [vu le 30 juin 2021].

Willaert, D. & Vrancken, J. (2021). Inégalités de mortalité face à l'épidémie de coronavirus en Belgique, *Mutualité Solidarité*. <https://inegalites.be/>

[Inegalites-de-mortalite-face-a-l'epidemie-de-coronavirus-en-Belgique./](#)
[vu le 29 juin 2021].

Willems,S., Van de Geuchte, I., Impens, J., De Maeseneer, J., Alaluf, V., Van Nespén, I., Maulet, N. & Roland, M. (2007). Problématique des inégalités socioéconomiques de santé en Belgique, *Santé Conjuguée*, n° 40. www.maisonmedicale.org/Problematique-des-inegalites-socio.html [vu le 29 juin 2021].



2 | LONDRA

Mara Caldarini e Matthew Willett

Mara Caldarini e Matthew Willett

2 | Londra: Storie di libertà e salute pubblica

Abstract

Con i governi di tutto il mondo che impongono severe restrizioni alla vita pubblica e privata, la pandemia di COVID-19 stimola un dibattito globale sull'equilibrio da mantenere tra garanzia della salute pubblica e protezione delle libertà individuali. Questo saggio analizza in particolare la risposta del governo britannico alle proteste e ad altri eventi legati alla pandemia, proprio nel contesto di questo dilemma. Si esaminerà dunque l'ideologia neoliberista alla base della retorica della "libertà" nella politica e nei media del Regno Unito, evidenziando come il governo britannico, come molti governi in Europa, abbia strumentalizzato concetti ristretti di "libertà" e "salute pubblica" per confinare le manifestazioni per una giustizia alla sicurezza sanitaria.

Introduzione

Il 13 marzo 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2020) dichiara l'Europa epicentro della pandemia di COVID-19. Poco dopo, gran parte dei governi europei promulgano misure atte a limitare diritti umani come la libertà di movimento, la libertà di riunione e di associazione e il diritto alla vita privata e familiare. Il governo del Regno Unito, inizialmente, emerge come uno dei principali critici della politica di lockdown, tali restrizioni essendo, secondo il primo ministro Boris Johnson, "in contrasto con l'amore per la libertà del popolo britannico". Il dibattito globale circa l'equilibrio tra garanzia della salute pubblica e protezione delle libertà individuali si fa quindi acceso sin dall'inizio della pandemia. Questo capitolo cerca di ridefinire il dibattito, suggerendo come una diversa nozione di "libertà" sia necessaria per realizzare un futuro più ampio e inclusivo per la "salute pubblica".

In primo luogo, si analizzerà la risposta del governo britannico agli eventi legati alla pandemia come sostenuta dall'ideologia neoliberale. In particolare, si esamineranno gli slogan del governo e la retorica della "libertà" nella politica e nei media britannici, come strumenti per la governance neoliberale. Successivamente, questo capitolo suggerirà che una nozione più ampia di "salute pubblica", piuttosto che quella attualmente offerta dal governo britannico, è necessaria per affrontare adeguatamente le disuguaglianze sanitarie. La ricerca sugli effetti del COVID-19 mostra infatti come le ingiustizie sociali influenzano negativamente i risultati di salute nel Regno Unito. L'idea-guida di questo capitolo è che la concezione neoliberale della libertà deve essere messa in discussione per includere le richieste di giustizia sanitaria e che, di fatto, libertà e salute pubblica non dovrebbero essere poste in contrasto l'una con l'altra.

2.1 Libertà

A seguito della dichiarazione dell'OMS del 13 marzo 2020, i governi di tutta Europa hanno tentato di circoscrivere la diffusione del coronavirus limitando le libertà civili ed imponendo restrizioni ai viaggi, al lavoro e a tutti i tipi di attività pubbliche e private ritenute «non essenziali». Le misure restrittive includevano la chiusura temporanea della maggior parte delle attività dei settori culturale, turistico, commercio al dettaglio, tempo libero e servizi. In alcuni paesi, come il Belgio e la Spagna, è stato

introdotto il coprifuoco per impedire alle persone di radunarsi dopo l'orario di lavoro. In nazioni come Francia, Grecia e Italia erano invece necessarie autocertificazioni per giustificare le uscite.

Il Regno Unito non è arrivato al punto di introdurre il coprifuoco né di richiedere ai cittadini l'autocertificazione, respingendo il lockdown in favore di una risposta di «immunità di gregge» (Wickham, 2021) simile a quella adottata dalla Svezia (Bourdin e Rossignol, 2020). Il 20 marzo 2020 Boris Johnson ha infatti condannato le misure di lockdown, definendole «contro l'amore per la libertà del popolo britannico» (GOV.UK, 2020b). Pochi giorni dopo l'uscita del Regno Unito dall'Unione Europea, Boris Johnson ha poi affermato di non avere intenzione che la diffusione del virus indebolisse i suoi piani affinché la Gran Bretagna diventasse lo Stato "Superman" del libero scambio globale:

In questo contesto, cominciamo a sentire una bizzarra retorica autarchica. Quando le barriere si alzano, e quando c'è il rischio che nuove malattie come il coronavirus scatenino un panico e un desiderio di segregazione del mercato che vanno oltre ciò che è razionale dal punto di vista medico, fino a fare danni economici reali e inutili, allora in quel momento l'umanità ha bisogno di qualche governo da qualche parte che sia disposto almeno a far valere con forza la libertà di scambio, qualche paese pronto a togliersi gli occhiali da Clark Kent e a saltare nella cabina telefonica e ad emergere con il suo mantello fluente come il campione sovralimentato, del diritto delle popolazioni della terra di comprare e vendere liberamente tra di loro.

Boris Johnson, 2020

Tuttavia, a causa della drastica inversione di tendenza nella risposta del governo al COVID-19, le misure restrittive hanno avuto un impatto su molti aspetti della vita quotidiana. Già il 26 marzo, tra crescenti tassi di infezione e mortalità, il Regno Unito ha rapidamente approvato misure legislative atte ad introdurre misure di blocco alla diffusione del coronavirus, insistendo sul fatto che le persone dovessero "restare a casa, proteggere il servizio sanitario nazionale, salvare vite" (GOV.UK, 2020b). Queste misure imponevano un'ordinanza contro i viaggi non essenziali e la chiusura di molti servizi pubblici. La mascherina è poi diventata obbligatoria nei luoghi al chiuso nel giugno 2020, sebbene il Regno Unito non abbia mai esteso questa regola agli ambienti esterni come molti dei vicini Stati europei.

Dopo la drastica inversione di marcia di Johnson, diverse sono state le proteste contro le misure di quarantena, mascherine e vaccini in tutto il paese già a partire dal mese di aprile, inasprendosi ad ogni nuova

restrizione governativa. È stato questo il tema centrale del dibattito in tutta Europa, con significativa copertura mediatica alle manifestazioni svoltesi a Madrid, Amsterdam, Vienna, Bruxelles etc. Sotto la bandiera *Unite for Freedom* (uniti per la libertà), i manifestanti anti-lockdown nel Regno Unito hanno lamentato la perdita delle loro libertà individuali. In questo contesto, la libertà individuale è dunque vista come “compromessa” dall’ingerenza statale, le restrizioni miranti a proteggere la salute pubblica sono considerate in contrasto con la garanzia delle libertà individuali. Le proteste contro l’obbligo della maschera, ad esempio, hanno paragonato la copertura del viso alla museruola, criticando la norma come restrittiva della libertà di parola. La prepotente presenza del governo nella vita di tutti i giorni, però, si avverte maggiormente forse nella “semplicissima richiesta” a tutti gli individui di “dover restare in casa” e uscire solo “quando assolutamente necessario” (GOV.UK, 2020c).

Fin dalla prima introduzione delle misure di lockdown in tutta Europa, il concetto di libertà è stato contrapposto a quello della salute pubblica. La politica e i media del Regno Unito sono stati in prima linea nel rafforzare questa retorica, avanzando una mossa populista per ottenere il sostegno pubblico. L’elezione del sindaco di Londra, prevista per maggio 2020 e rinviata a maggio 2021 a causa delle restrizioni sanitarie, ha visto la “libertà” al centro della retorica di molti dei nuovi candidati. Laurence Fox, leader del neonato *Reclaim Party* (partito della protesta), si è unito alla corsa con un manifesto intitolato *Free London* (Londra libera), concentrandosi sulla promessa di “sbloccare” la città e “liberare i londinesi” (Fox, 2021). Fox ha così ricevuto ampia copertura mediatica e ideato una grande campagna sui social media, criticando aspramente le misure di blocco portate avanti dal governo britannico. Fox non è tuttavia stato l’unico candidato a mettere al centro del suo discorso politico la fine delle misure restrittive sanitarie da COVID-19. Piers Corbyn, fondatore del partito *Let London Live* (lasciate che Londra sopravviva), ha infatti invitato i cittadini della città “a disobbedire alle restrizioni alla libertà, vita e indipendenza».” (Corbyn, 2021). Il manifesto di Brian Rose ha invece evidenziato la “protezione delle nostre libertà” tra le sue politiche chiave (London Real Party, 2021).

Anche se questi candidati non hanno avuto successo nelle loro campagne, è stato reso chiaro che “libertà” è diventata una parola d’ordine nel contesto della pandemia, e che evocare un appello nazionale alla libertà ha assicurato un’ampia attenzione dei media. In modo simile, le iniziali date previste per l’allentamento del lockdown sono state ripetutamente

presentate dai media come “i giorni della libertà”, mentre il termine *COVID-19 Freedom Pass* ha dominato la copertura mediatica circa la potenziale diffusione di un passaporto vaccinale. Il 19 luglio 2021, Boris Johnson ha permesso al Regno Unito di entrare ufficialmente nella quarta fase del piano governativo d’uscita dal lockdown, eliminando molte delle restrizioni legali imposte dal governo durante la pandemia. Questa giornata è stata definita dai media e dal pubblico come il *Freedom Day*.

Gli esempi di cui sopra - dalla posizione iniziale di Boris Johnson sulle restrizioni, alle proteste di *Unite For Freedom* e la retorica populista da parte di politici e media - hanno in comune un peculiare utilizzo del termine libertà, il quale, per quanto usato approssimativamente, serve un più ampio scopo capitalistica. Al centro dell’iniziale disprezzo di Boris Johnson per le misure restrittive imposte dallo stato c’è infatti la sua specifica preoccupazione per la “libertà di scambio”, nonché il diritto delle popolazioni di “comprare e vendere liberamente”. Questa nozione di libertà dall’intervento, dagli ostacoli o dalla coercizione, viene spesso definita *negative freedom* (libertà negativa). L’economista e filosofo FA Hayek, il cui lavoro ha fortemente ispirato l’ideologia neoliberista di Margaret Thatcher, concepiva la libertà come “quella condizione degli uomini per cui la coercizione di alcuni, da parte di altri, sia ridotta per quanto possibile nella società” (1960/2011, p. 57). Questa condizione è dunque essenzialmente un ideale economico, sebbene forse sentito o inteso da Hayek come guidato da un più profondo modello morale (De Lissovoy, 2015, p. 46). Hayek ha sostenuto che l’eccessiva regolamentazione statale ha ostacolato la possibilità dei mercati di massimizzare la concorrenza e l’accumulazione di capitale. Una condizione centrale del mercato, se visto come il terreno di gioco della libertà, è la capacità di fare delle scelte: più scelte, secondo Hayek, equivalgono a più libertà. Secondo il neoliberismo, la mancanza di regolamentazione economica e la commercializzazione della vita sociale sono le più favorevoli al processo di scelta e all’accumulazione di capitale, e quindi a questo tipo di libertà (De Lissovoy, 2015, p. 44).

La libertà è centrale nel pensiero neoliberista, non solo a livello economico, ma anche in relazione al fascino che esercita a livello morale. Il successo dell’egemonia neoliberista si basa in parte sulla flessibilità del termine «libertà». In questo contesto, ciò che si intende al di là delle sue implicazioni economiche è fermamente incontestato, appare come qualcosa per cui vale sempre la pena lottare; è intrinsecamente positivo

nell'immaginario sociale. Tuttavia, il termine è mantenuto volutamente vago. In effetti, l'invocazione di Boris Johnson agli «istinti amanti della libertà» del popolo britannico è un equivoco intenzionale delle concezioni economiche e morali della libertà. Un equivoco incessante della politica populista e dei mezzi di informazione, che lascia in realtà una concezione della libertà vuota ma altamente evocativa, che maschera le sue inevitabili conseguenze. Come sarà discusso in seguito, il neoliberismo in quanto filosofia politica ostinatamente fondata sul capitalismo massimalista, ha come caratteristica intrinseca il *disempowerment* della gente comune. Come scrive Monbiot: "la libertà che offre il neoliberismo, così seducente se espressa in termini generali, diventa libertà per il luccio, non per i pesciolini" (2016).

Nel mezzo della narrativa dominante sul dibattito tra libertà individuale contro politiche di salute pubblica, il Regno Unito ha però anche assistito al nascere di una nuova richiesta di formulazione di diversa concezione della libertà – stavolta radicata nell'emancipazione politica, nell'empowerment e nella lotta contro l'oppressione e lo sfruttamento: uno sforzo collettivo.

Nella primavera del 2020, molte grandi città, come Londra, Manchester e Bristol, hanno ospitato proteste che chiedevano giustizia per le vite dei neri (Black Lives Matter) e per i diritti delle donne, contro la violenza della polizia e altre disuguaglianze strutturali esistenti. Nel maggio 2020, Londra ha ospitato la prima di molte proteste che hanno avuto luogo a livello internazionale per denunciare l'omicidio di George Floyd e in solidarietà con il movimento Black Lives Matter statunitense. Queste proteste richiedevano, tra le altre cose, di togliere fondi alla polizia per investirli nello sviluppo delle comunità, ponendo fine all'«ambiente ostile» ed ai controlli alle frontiere, in modo da finanziare un futuro sicuro e sostenibile per i neri britannici, chiedendo giustizia alla luce dell'impatto sproporzionatamente diseguale del COVID-19. (Black Lives Matter UK, 2021).

2.2 Salute Pubblica

Solo poche settimane dopo la prima protesta Black Lives Matter a Londra, la *Public Health England* ha pubblicato un rapporto che descrive in dettaglio i modi in cui il COVID-19 ha colpito in modo sproporzionato le comunità nere e altre comunità discriminate razzialmente nel Regno Unito

(2020). Il report ha rilevato che i tassi più alti di COVID-19 erano infatti nei gruppi etnici neri a differenza dei tassi d'infezione più bassi per i gruppi etnici bianchi¹¹. Un altro studio, coordinato da Doreen Lawrence, ha inoltre dettagliato come gli effetti sproporzionati del virus siano la conseguenza di decenni di ingiustizia strutturale, disuguaglianza e discriminazione (2020, p. 4). Lawrence mette in evidenza i primi segni della cosiddetta "crisi evitabile":

Il 10 aprile 2020, meno di tre settimane dopo la dichiarazione di lockdown nazionale, la British Medical Association ha avvertito che i primi 10 medici del sistema sanitario nazionale a morire a causa del virus provenivano da ambienti di minoranza etnica, asiatica o nera. Un'analisi successiva ha rivelato che il 68 per cento del personale medico deceduto proveniva da minoranze etniche. Nelle settimane successive hanno continuato a emergere prove di disparità significative nei risultati sanitari, compresa la rivelazione scioccante che oltre un terzo dei pazienti in terapia intensiva proveniva da minoranze etniche.

Lawrence, 2020, p. 9

Il rapporto Lawrence ha quindi fatto emergere una serie di fattori chiave relativi alle disuguaglianze d'impatto del COVID-19, includendo disuguaglianze ambientali, occupazionali, finanziarie e sanitarie. La sovraesposizione al virus si traduce nell'incapacità di intraprendere azioni adeguate a proteggersi dall'esposizione. L'English Housing Survey del settembre 2020 ha stimato che 23 milioni di case in Inghilterra fossero sovraffollate, al cui interno solo il 2% era costituito da famiglie britanniche bianche. Il TUC e altri sindacati hanno anche sottolineato il sovrannumero di lavoratori neri, asiatici e delle minoranze etniche nel lavoro precario e a bassa retribuzione (Lawrence, 2020, p. 15), denunciando l'incapacità del governo di riconoscere e affrontare pienamente il razzismo strutturale e istituzionale¹² esistenti nel mondo del lavoro. Non solo i lavoratori precari

11 486 donne e 649 uomini su 100,000 dei gruppi etnici neri, rispetto alle 220 donne e 224 uomini su 100,000 gruppi etnici bianchi (Public Health England: 2020, p.4)

12 Il termine "razzismo" viene utilizzato, come scrive Reni Eddo Lodge, per riferirsi non solo a casi espliciti di violenza discriminatoria, ma anche ai modi più nascosti in cui si manifesta la discriminazione razziale. Il razzismo non è semplicemente il risultato di attori moralmente corrotti; è una forza sistemica che esiste per mantenere le strutture di potere nelle società. Riferimento: <https://www.theguardian.com/world/2017/may/30/why-im-no-longer-talking-to-white-people-about-race>.

Il termine "razzismo istituzionale" è usato per descrivere le pratiche e le politiche delle istituzioni che, intenzionalmente o meno, svantaggiano abitualmente le persone di colore privilegiando gli interessi dei bianchi. Il «razzismo strutturale» è invece identificato da una storia e una cultura collettiva che continua a svantaggiare le persone di colore e a privilegiare gli interessi dei bianchi. Il razzismo strutturale costruisce le pratiche

hanno maggiori probabilità di contrarre il virus, ma hanno anche maggiori probabilità di subirne conseguenti disagi economici. I lavoratori neri, asiatici e delle minoranze etniche sono, ancora una volta, in sovrannumero all'interno dei settori maggiormente colpiti dall'impatto economico della pandemia. Durante la presentazione del report, BAME Labor ha evidenziato che:

Gli uomini del Bangladesh hanno quattro volte più probabilità dei bianchi britannici di perdere il lavoro a causa delle misure sanitarie restrittive – in gran parte a causa della loro concentrazione nel settore della ristorazione; lo stesso vale per i pakistani che, lavorando in gran numero come tassisti, hanno quasi tre volte più probabilità dei bianchi britannici di perdere il lavoro in pandemia. Gli uomini dell'Africa nera e dei Caraibi neri hanno poi entrambi il 50% di probabilità in più rispetto dei britannici bianchi di essere disoccupati in questo contesto.

Lawrence, 2020, p. 19

Uno studio dell'IFS (Institute for Fiscal Studies) ha sottolineato che questi stessi lavoratori hanno meno probabilità di avere un partner che possieda un lavoro retribuito, o risparmi su cui fare affidamento durante un periodo di difficoltà finanziarie (2020, p. 21).

Le disuguaglianze esistenti nell'assistenza sanitaria significano che coloro che sono più esposti al virus hanno anche maggiori probabilità di subire esiti peggiori. La recensione di Lawrence sottolinea che mentre è vero che alcuni gruppi etnici hanno maggiori probabilità di avere condizioni di salute sottostanti, ciò non può essere spiegato dalla sola genetica «data l'enorme diversità genetica all'interno e tra questi gruppi» (Kapoor, Patel e Treloar, 2020). Invece, questa spiegazione riduttiva può essere una distrazione dal razzismo strutturale e istituzionale in gioco, alimentato dal cronico sottofinanziamento del SSN da parte del governo e dall'incapacità di attuare strategie di salute pubblica culturalmente appropriate.

Inoltre, le disuguaglianze esistenti nell'assistenza sanitaria provocano una maggiore esposizione ed effetti del virus. **Benché sia provata** una maggiore esposizione genetica di alcuni gruppi a peggiori condizioni di salute, non si tratta puramente di naturale esposizione, “data l'enorme diversità genetica all'interno e tra questi gruppi” (Kapoor, Patel e Treloar, 2020). Al contrario, questa spiegazione riduttiva può far dimenticare

e i comportamenti di istituzioni e società, come tale viene utilizzato per descrivere il razzismo nella sua forma più ampia.

il razzismo strutturale e istituzionale in gioco, alimentato dal cronico sottofinanziamento del SSN da parte del governo e dall'incapacità di attuare strategie di salute pubblica culturalmente appropriate.

L'impatto del coronavirus ha evidenziato come il razzismo abbia un impatto significativo condizioni di salute: un fattore decisivo nel determinare chi riesce a vivere e chi a morire. Il critico sottofinanziamento del *National Health Service* da parte del governo, la sua preferenza iniziale per "l'immunità di gregge" e la terribile gestione della risposta alla pandemia sono, in effetti, sintomi non sorprendenti della governance neoliberista. La concezione della libertà su cui si fonda il neoliberismo contemporaneo, dopo tutto, si basa su strutture austere di oppressione, sfruttamento e depotenziamento. Infatti, come scrive lo stesso Hayek, "essere liberi può significare libertà di morire di fame, di commettere errori costosi o di correre rischi mortali" (In De Lissovoy. 2015, p. 46).

La libertà è presentata come talmente parte integrante della vita umana da sostituire tutti gli altri diritti e bisogni umani fondamentali. Sembrerebbe ipocrita, dunque, difendere una concezione così restrittiva di ciò che potrebbe significare vivere liberamente. Il neoliberismo, sia in teoria che nella società contemporanea, è così legato alla sua integrità logica che non ne riconosce completamente le conseguenze disastrose. Come scrive Lissovoy: "è proprio questa austerità idealistica che permette al neoliberismo di essere ignaro dei suoi effetti reali e della sofferenza che crea ovunque" (2015, p. 46). La realtà inevitabile di questa libertà capitalista è una sua formulazione che integralmente legata al beneficio dei capitalisti¹³.

Sembra vi siano due diverse concezioni della libertà in ballo: da un lato, la richiesta di giustizia collettiva, e, dall'altro, la libertà come propaganda populista a beneficio dell'interesse economico privato. Forse non sorprende che l'incessante utilizzo della retorica sulla libertà, da parte del governo, non abbia incluso le anche le richieste di libertà collettiva da parte delle proteste Black Lives Matter. Al contrario, la risposta del governo alle proteste ha portato alla creazione dell'altamente criticato "Commission on Race and Ethnic Disparities", un report che indaga sulla

13 Il termine capitalista è usato qui secondo la definizione dell'Oxford Dictionary of English 2010: "a person who uses their wealth to invest in trade and industry for profit in accordance with the principles of capitalism".

natura del razzismo nel Regno Unito; il documento è stato criticato per la delegittimazione delle esperienze vissute delle soggetti più colpiti .

2.3 Libertà o salute pubblica?

Il 12 giugno di quest'anno, il sindaco di Londra Sadiq Khan ha scritto un tweet in cui sconsigliava di partecipare alle proteste, sottolineando il rischio di diffusione del virus. Il suo tweet recitava: "Quindi per favore, per voi stessi, per i vostri familiari più vulnerabili al COVID-19 e per tutti, per favore restate a casa nei prossimi giorni e trovate un modo più sicuro per far sentire la vostra voce" (2020). Naturalmente, la preoccupazione di Khan per la sicurezza dei manifestanti e della comunità in generale è giustificata, e riconosce le preoccupazioni sollevate dalla Doreen Lawrence Review. Tuttavia, il suo invito impone una domanda: quali sono allora le alternative? Come si bilanciano il bisogno di sicurezza e la necessità di una libertà più ampia e inclusiva, che protegga tutti dall'oppressione di governo e società? Possono, allora, le proteste per l'uguaglianza razziale e sanitaria essere giustificate durante una crisi di salute pubblica, non ultimo quando le comunità che protestano sono quelle maggiormente colpite dal COVID-19?

È vero che per contenere il virus alcune limitazioni alle nostre libertà sono inevitabili. Tuttavia, abbiamo eguale responsabilità di criticare e modificare le condizioni che hanno creato e aggravato la pandemia – sia che si tratti di proteste per tutelare le libertà democratiche o di invito a sistemi economici più egualitari – così come di fare tutto ciò che è in nostro potere per limitare gli immediati effetti della pandemia. Nella situazione attuale del Regno Unito, gli slogan dedicati alla salute pubblica portano avanti una campagna di responsabilità sociale frammentaria. Di conseguenza, lo slogan più onorevole e democratico cui si può aderire è «Resta a casa, proteggi il servizio sanitario nazionale, salva la vita altrui». Il governo del Regno Unito afferma che l'azione collettiva dovrebbe, temporaneamente, manifestarsi solo come contenimento di sé stessi. Non deve manifestarsi per chiedere istituzioni pubbliche più eque o più efficienti. In realtà, il governo sta ora cercando di rendere più difficile per i gruppi di protesta avanzare questo tipo di richieste.

Nel marzo 2021, il governo britannico ha proposto un nuovo disegno di legge dedicato a crimini, polizia e sentenze (*Crime, Policing and Sentencing*

Bill) che cerca, tra i suoi scopi principali, di conferire alla polizia maggiore autorità nel porre restrizioni alle proteste. È stato introdotto nel bel mezzo della pubblica indignazione legata alla disastrosa gestione – da parte della polizia – della veglia di Sarah Everard a Londra¹⁴, ma anche come diretta risposta all'ondata di proteste per il clima e la giustizia razziale, definite come “altamente dirompenti”, “talvolta incredibilmente pericolose” e “un prosciugamento di fondi pubblici”¹⁵ all’interno del documento programmatico del governo (Home Office, 2021). Questa reazione è stata accolta con enormi critiche da parte di gruppi di attivisti, che hanno condannato l’invasione da parte del governo del diritto di parlare contro i potenti. Ironicamente, questo ha portato a ulteriori proteste unite sotto lo slogan “Kill the Bill” in tutto il paese.

Ancora una volta, ci si ritrova a chiedersi: in quale altro modo possiamo pensare e mettere in atto una concezione di libertà che sia più inclusiva? Il governo sta sottofinanziando e privatizzando il servizio sanitario, negando il razzismo strutturale¹⁶ ed aumentando i poteri di polizia¹⁷, nonostante le prove evidenti di razzismo istituzionale ed eccessiva violenza nei corpi stessi di polizia. Come possiamo, allora, combattere *questo tipo* di crisi della salute pubblica? Possiamo permetterci di non farlo, seppur coi rischi posti dal COVID-19?

Le persone hanno provato “modi sicuri per far sentire la loro voce”: numerosi sono i rapporti che hanno già documentato quanto siano radicate e di vasta portata le esperienze di discriminazione razziale nel Regno Unito, fornendo anche innumerevoli raccomandazioni al governo¹⁸. Tuttavia, il governo britannico ha già risposto alle proteste di Black Lives Matter con un altro rapporto sulle discriminazioni razziali, il *Commission on Race and*

14 www.theguardian.com/uk-news/2021/mar/13/as-the-sun-set-they-came-in-solidarity-and-to-pay-tribute-to-sarah-everard

15 “Highly disruptive”, “sometimes incredibly dangerous”, “a drain on public funds”.

16 “The Review found no evidence of systemic or institutional racism” (Commission on Race and Ethnic Disparities, 2021: 77)

17 Vedi, per esempio, il rapporto *Netpol Britain is Not Innocent*: <https://secureservercdn.net/50.62.198.70/561.6fe.myftpupload.com/wp-content/uploads/2020/11/Britain-is-not-innocent-web-version.pdf>

18 La Lammy Review del 2017 - 35 raccomandazioni; la McGregor-Smith Review del 2017 - 26 raccomandazioni; la Angiolini Review del 2017 - 110 raccomandazioni; la Windrush Lesson Learned Review del 2018 - 30 raccomandazioni; la Timpson Review del 2019 - 30 raccomandazioni; e la Doreen Lawrence Review del 2020 - 20 raccomandazioni..

Ethnic Disparities il quale – come discusso in precedenza – minimizza le esperienze vissute da chi ha subito discriminazione nel Regno Unito.

Conclusioni

Potrebbe sembrare contraddittorio promuovere manifestazioni e assembramenti in difesa della salute pubblica, nel mezzo di una pandemia virale.

Le regole del COVID-19 hanno impedito grandi raduni di persone come parte di una politica di salute pubblica. A prima vista, infrangere queste regole per manifestare in favore della giustizia sanitaria sembra controintuitivo. Tuttavia, l'obiettivo della politica sanitaria non dovrebbe nemmeno essere semplicemente di contenere il virus. La preoccupazione del governo del Regno Unito per la "salute pubblica" nel contesto della COVID-19 ha omesso e liquidato le questioni più ampie e profonde che stanno dietro agli esiti sproporzionati della pandemia. La narrativa secondo cui "stare a casa" significa adempiere alla propria responsabilità sociale ignora la realtà della pandemia come sintomo di una crisi sanitaria di proporzioni molto più ampie. È una narrativa che pone le disuguaglianze che esistevano già prima (e nonostante) la pandemia come secondarie alla COVID-19, piuttosto che come una parte cruciale del suo impatto dannoso.

Allo stesso modo, la presunta preoccupazione del governo per la "libertà" è stata decisamente in contraddizione con qualsiasi movimento per l'uguaglianza sociale e la libertà democratica. Il governo del Regno Unito, come molti governi in tutta Europa (European Union Agency for Fundamental Rights, 2021: 13), ha utilizzato concezioni ristrette di libertà e salute pubblica per opporsi a manifestazioni che chiedevano proprio più giustizia nelle politiche di sicurezza sanitaria. Del resto anche il razzismo è un problema di salute pubblica: la discriminazione razziale nel Regno Unito ha un impatto diretto sulla salute di coloro che la subiscono. I risultati sono ancora peggiori quando il razzismo si interseca con altri tipi di discriminazione, ad esempio legati a disabilità, identità di genere, orientamento sessuale, religione o credo religioso (European Union Agency for Fundamental Rights, 2013).

I governi hanno il dovere di facilitare una libertà collettiva che comprenda

la salute pubblica nel senso più ampio: il diritto alla vita per tutte le persone. Un governo capace di sostenere le libertà collettive comprenderebbe una nozione che non inizia semplicemente con il diritto di «scegliere» e finisce con il diritto di perire; difenderebbe una libertà non svuotata della sua essenza egualitaria, non priva di preoccupazione per l'altro. Poi, la contraddizione è dissipata dalle parole di Jewel Mullen, decano associato per l'equità sanitaria all'Università del Texas: «La descrivo come la volontà delle persone di rischiare la propria vita per cercare di salvarla» (Haelle, 2020). La conversazione sulla salute pubblica e la libertà è importante, ma non dovrebbe essere usata per mettere l'una contro l'altra. Reimmaginare ciò che intendiamo per libertà e il suo ruolo all'interno della salute pubblica è un'opportunità. Forse quando una concezione sociale e democratica più ampia e inclusiva della libertà è concessa, lo è anche lo spazio e il bisogno di cooperazione, responsabilità e bene comune.

I governi hanno il dovere di facilitare una libertà collettiva che comprenda la salute pubblica in senso lato: il diritto alla vita per tutte le persone. Un governo che faciliti la libertà collettiva abbraccerebbe una nozione che non inizia semplicemente con il diritto di "scegliere" e finisce con il diritto di perire. Difenderebbe una libertà che non è svuotata della sua essenza egualitaria, ossia che non è priva di preoccupazione per l'altro.

La contraddizione viene quindi dissipata nelle parole di Jewel Mullen, Decana associata per l'equità nella salute presso l'Università del Texas: "La descrivo come la volontà delle persone di rischiare la vita per cercare di salvare gli altri"¹⁹. Il dibattito su salute pubblica e libertà è importante, ma non dovrebbe essere usato per metterle una in contrapposizione all'altra. È un'opportunità per re-immaginare cosa intendiamo per libertà ed il suo ruolo all'interno della salute pubblica. Forse, quando una concezione sociale e democratica della libertà è più ampia e inclusiva, c'è anche lo spazio e il bisogno di cooperazione, responsabilità e bene comune.

Riferimenti

Bourdin, S. and Rossignol, N. (2020). Geography of COVID-19 outbreak and first policy answers in European regions and cities. Espon.

Black Lives Matter UK. (2021). Our Platform [online]. *Black Lives Matter UK*. [Accessed 04 May 2021] Available at: <https://ukblm.org/demands/>

Balcerzak, M., Day, C., Gumedze, S., Reid, A. and Sunga III, R. A. (2021) UN Experts Condemn UK Commission on Race and Ethnic Disparities Report [online]. OHCHR. [Accessed 22 June 2021] Available at: www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=27004&LangID=E

Commission on Race and Ethnic Disparities (2021) *Commission on Race and Ethnic Disparities: The Report* [online] GOV.UK. [Accessed 30 July 2021] Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/980517/20210407_-_CRED_report_-_Large_Print.pdf

Corbyn, P. (2021). *Let London Live*. [Accessed 15 May 2021] Available at: www.corbyn4london.com/

De Lissovoy, N. (2015). Neoliberalism and the Contradictions of Freedom: Ideology, Subjectivity, and Critical Pedagogy. *Texas Education Review* [online]. 3(2), 44-54. [Accessed 05 June 2021] Available at: https://repositories.lib.utexas.edu/bitstream/handle/2152/45918/1.-FINAL_Contradictions-of-Freedom_Texas-Education-Review.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Eddo-Lodge, R. (2017). Why I'm no longer talking to white people about race. *The Guardian* [online] 30 May 2017. [Accessed 30 July 2021] Available at: www.theguardian.com/world/2017/may/30/why-im-no-longer-talking-to-white-people-about-race

European Union Agency for Fundamental Rights (2013) *Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare* [online].

Luxembourg: Publications Office of the European Union [Accessed 27 June 2021] Available at: https://fra.europa.eu/sites/default/files/inequalities-discrimination-healthcare_en.pdf

European Union Agency for Fundamental Rights (2021). The Coronavirus Pandemic And Fundamental Rights: A Year In Review [online]. Luxembourg: Publications Office of the European Union. [Accessed 02 May 2021] Available at: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2021-fundamental-rights-report-2021-focus_en.pdf

Fox, L. (2021). Free London: Laurence Fox London Manifesto 2021. [online] *Laurence Fox for London*. [Accessed 15 May 2021] Available at: https://laurencefoxforlondon.co.uk/wp-content/uploads/2021/04/LFManifesto_FN.pdf

GOV.UK. (2020a). Coronavirus Bill: what it will do [online] *GOV.UK*. [Accessed 15 April 2021] Available at: www.gov.uk/government/publications/coronavirus-bill-what-it-will-do

GOV.UK. (2020b). Prime Minister's statement on coronavirus (COVID-19): 20 March 2020 [online] *GOV.UK*. [Accessed 13 April 2021] Available at: www.gov.uk/government/speeches/pm-statement-on-coronavirus-20-march-2020

GOV.UK. (2020c). Prime Minister's statement on coronavirus (COVID-19): 23 March 2020 [online] *GOV.UK*. [Accessed 13 April 2021] Available at: www.gov.uk/government/speeches/pm-address-to-the-nation-on-coronavirus-23-march-2020

Graham-Harrison, E. (2021). Police clash with mourners at Sarah Everard vigil in London. *The Guardian* [online] 13 March 2021. [Accessed 06 June 2021] Available at: www.theguardian.com/uk-news/2021/mar/13/as-the-sun-set-they-came-in-solidarity-and-to-pay-tribute-to-sarah-everard

Haelle, T. (2020). Risking Their Lives To Save Their Lives: Why Public Health Experts Support Black Lives Matter Protests. *Forbes* [online] 19 June 2020. [Accessed 13 April 2021] Available at: www.forbes.com/sites/tarahaelle/2020/06/19/risking-their-lives-to-save-their-lives-why-public-health-experts-support-black-lives-matter-protests/?sh=4dfa297d851b

Hayek, F. A. (1960/2011). *The Constitution of Liberty*. Chicago: University of Chicago Press.

Hitchens, P. (2020). PETER HITCHENS: Face masks turn us into voiceless submissives - and it's not science forcing us to wear them, it's politics. *Daily Mail* [online] 19 July 2020. [Accessed 15 April 2021] Available at: www.dailymail.co.uk/debate/article-8537489/PETER-HITCHENS-Face-masks-turn-voiceless-submissives.html

Home Office (2021). *Police, Crime, Sentencing and Courts Bill 2021: protest powers factsheet* [online] GOV.UK. [Accessed 28 April 2021] Available at: www.gov.uk/government/publications/police-crime-sentencing-and-courts-bill-2021-factsheets/police-crime-sentencing-and-courts-bill-2021-protest-powers-factsheet

Johnson, B. (2020). Boris Johnson: Britain must become the Superman of global free trade. *The Spectator* [online] 3 February 2020. [Accessed 27 April 2021] Available at: www.spectator.co.uk/article/boris-johnson-britain-must-become-the-superman-of-global-free-trade

Khan, S. [Sadiq Khan] (2020). *[To anyone planning to join #BlackLivesMatter protests over the coming...]* [Twitter]. 12 June 2020. [Accessed 04 May 2021] Available at: <https://twitter.com/SadiqKhan/status/1271333594330329088>

Kapoor, A., Patel, P. and Treloar, N. (2020) Ethnic inequalities in COVID-19 are playing out again – how can we stop them?. *The Institute for Public Policy Research Blog* [online]. 19 October 2020. [Accessed 27 June 2021] Available at: www.ippr.org/blog/ethnic-inequalities-in-COVID-19-are-playing-out-again-how-can-we-stop-them

Lawrence D. (2020). An Avoidable Crisis: the disproportionate impact of COVID-19 on Black, Asian and minority ethnic communities. A review by Baroness Doreen Lawrence [online]. [Accessed 04 May 2021] Available at: https://uploads-ssl.webflow.com/5f5bdc0f30fe4b120448a029/5f973b076be4cad5045fad3_An%20Avoidable%20Crisis.pdf

London Real Party (2021). Protecting our Freedoms [online]. *London Real Party*. [Accessed 15 May 2021] Available at: <https://londonreal.party/>

[freedom-of-speech/](#)

Monbiot, G. (2016). Neoliberalism – the ideology at the root of all our problems. *The Guardian* [online] 15 April 2016. [Accessed 03 June 2021] Available at: www.theguardian.com/books/2016/apr/15/neoliberalism-ideology-problem-george-monbiot

Oxford Dictionary of English (2010). 3rd ed. Oxford: Oxford University Press.

Platt, L. and Warwick, R. (2020). Are some ethnic groups more vulnerable to COVID-19 than others? [online]. The Institute for Fiscal Studies. [Accessed 07 May 2021] Available at: <https://ifs.org.uk/inequality/wp-content/uploads/2020/04/Are-some-ethnic-groups-more-vulnerable-to-COVID-19-than-others-V2-IFS-Briefing-Note.pdf>

Public Health England (2020). Beyond the data: Understanding the impact of COVID-19 on BAME groups [online]. London: Public Health England. [Accessed 04 May 2021] Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/892376/COVID_stakeholder_engagement_synthesis_beyond_the_data.pdf

Siddique, H. (2020). UK government urged to investigate coronavirus deaths of BAME doctors. *The Guardian* [online] 10 April 2020. [Accessed 04 May 2021] Available at: www.theguardian.com/society/2020/apr/10/uk-coronavirus-deaths-bame-doctors-bma

Siddique, H. and Marsh, S. (2020). Inquiry announced into disproportionate impact of coronavirus on BAME communities. *The Guardian* [online] 16 April 2020. [Accessed 04 May 2021] Available at: www.theguardian.com/world/2020/apr/16/inquiry-disproportionate-impact-coronavirus-bame

The Network for Police Monitoring (2020) Britain is Not Innocent [online]. London: Netpol. [Accessed 7 May 2021] Available at: <https://secureservercdn.net/50.62.198.70/561.6fe.myftpupload.com/wp-content/uploads/2020/11/Britain-is-not-innocent-web-version.pdf>

WHO (2021). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 13 March 2020. [online] *Who.int*. [Accessed 7

April 2021] Available at: www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mission-briefing-on-COVID-19---13-march-2020

Wickham, A. (2021). Timeline: How the UK responded to the coronavirus. *Politico* [online] 27 January 2021. [Accessed 13 April 2021] Available at: www.politico.eu/article/timeline-how-the-uk-responded-to-the-coronavirus/.



3 | ROMA

Valerio Canonico

Valerio Canonico

3 | Roma: Politica e tecnocrazia ai tempi della pandemia

Abstract

La pandemia ha evidenziato le ombre del sistema di potere occidentale. Questo saggio si concentrerà sulle conseguenze di ciò in Italia e in Europa. La crisi della politica e l'incapacità delle istituzioni rappresentative di gestire efficacemente i conflitti hanno portato le istituzioni occidentali ad affidarsi sempre più alla figura degli esperti per fornire risposte all'emergenza pandemica.

Esploreremo la natura di questo nuovo sistema di potere, la tecno-democrazia, il cui sviluppo si intreccia con altri tre poteri dominanti: tecno-stato, tecno-capitalismo e tecno-scienza. Intendiamo per tecno-democrazia quel processo di razionalizzazione del potere, basato su un crescente principio aristocratico di competenza e volto a minare il principio di rappresentanza.

Ciò si riflette nel crescente predominio della figura del tecnico (consulente, manager, economista, banchiere, medico, scienziato, ecc.) nel dibattito pubblico e nella governance politica in Italia e in Europa, erodendo così lo spazio di legittimazione politica in termini di rappresentanza e uguaglianza e indirizzando il sistema democratico verso una delega delle decisioni politiche.

Introduzione

Tecnocrazia e politica sono i due perni su cui si dipana la storia occidentale, entrambi strumenti di progresso, emancipazione e contraddizioni. La politica ha sempre mantenuto un ruolo preponderante nella dimensione pubblica e privata della società fino all'avvento della rivoluzione industriale, quando la tecnica iniziò ad instaurare un rapporto sempre più intimo con un nuovo alleato: il capitalismo. Il tecno-capitalismo è nato così come un sistema di potere in cui tecnologia e tecnica sono diventate intrecciate e dominanti all'interno delle strutture socio-economiche della società occidentale.

Questo saggio ripercorre i modi in cui si è invertito il rapporto tra tecnocrazia e politica, creando al contempo uno squilibrio che si è rapidamente aggravato all'interno della crisi pandemica, nonostante le politiche comuni europee di welfare messe in atto. Concentrandosi in particolare sul contesto italiano, una città come Roma emerge come spunto di analisi molto interessante, laddove le dinamiche di potere hanno un filo diretto e privilegiato nei confronti delle istituzioni europee; Roma, infatti, si dispiega come luogo del potere dove si svolge un vero e proprio *Theatrum Orbis* della politica italiana e come riflesso di una parte della politica europea – in quanto capitale europea.

3.1 Le conseguenze dell'approccio tecnocratico sulla sanità pubblica italiana

Il *principio tecnocratico* ha spesso un peso più incisivo del potere politico nell'organizzazione delle società tecnologicamente avanzate; si basa sulla conoscenza specialistica di pochi individui e convive con il principio democratico, di cui ha eroso lo spazio negli ultimi anni. Il principio tecnocratico è stato definito per primo da Daniel Bell, il quale sosteneva che “sebbene le figure dominanti degli ultimi cento anni siano state l'imprenditore e il dirigente d'azienda, gli uomini nuovi erano sicuramente gli scienziati, i matematici, gli economisti e gli ingegneri della nuova tecnologia intellettuale” (Bell, 1973: 344).

La formazione tecnica è oggi un requisito essenziale per elevarsi socio-economicamente ai vertici del mondo capitalista, laddove diventa decisivo ricevere alti livelli d'istruzione. Ciò implica, da un lato, un maggior

coinvolgimento dei tecnici nei processi decisionali e, dall'altro, il supporto essenziale delle metodologie scientifiche al processo decisionale. In questo senso Luhmann (1975) sostiene che la vera funzione del potere tecnocratico è la riduzione della complessità e quindi la selezione di alternative legittimamente perseguibili da attori e sistemi sociali. In questa dimensione meta-funzionale c'è una riduzione della complessità in relazione al potere e alla decisione tra chi si pone come attore sociale "esperto" e chi no.

La tendenza tecnocratica è così definita in termini di competenza, cioè il sistema di legittimazione legato alla gestione del potere; in questo senso, la pandemia di COVID-19 ha radicato profondamente la risposta delle democrazie alla legittimità tecnocratica. Mosca (1923) ha individuato due tendenze cicliche nella storia delle élite: la tendenza aristocratica e quella democratica. Mentre quest'ultima si manifesta quando un determinato gruppo sociale è in ascesa e la domanda di democrazia apre spazi di potere e di rappresentanza, la tendenza aristocratica caratterizza le élite già da tempo consolidate socio-economicamente, giustificando la loro lunga permanenza al potere sulla base di qualche attributo "superiore".

Durante la pandemia, i comitati tecnico-scientifici, le task force economico-scientifiche, gli statistici, i modelli predittivi e gli algoritmi hanno improvvisamente preso il sopravvento in tutta Europa. In Italia, ad esempio, la suddivisione a colori delle aree geografiche a rischio (giallo, arancione e rosso) e i loro indicatori (Rt, o indice di tasso di riproduzione) di trasmissione del virus hanno dominato le scelte politiche paralizzando completamente il dibattito pubblico su problemi economici, salute fisica e mentale. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità, ad esempio, il 44% degli over 65 dichiara di aver rinunciato nei 12 mesi precedenti ad almeno una visita medica (o test diagnostico) di cui avrebbero avuto bisogno. Il 28% di loro ha dovuto rinunciare a causa della sospensione del servizio, il restante 16% lo ha fatto volontariamente per paura di contagi da COVID-19.

Esistono anche studi sull'impatto negativo di questo approccio alla gestione della pandemia sulla salute mentale individuale e collettiva (Brescianini et al., 2020). Il Centro di Riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale dell'Istituto Superiore di Sanità ha dimostrato che, su un campione di 20.720 partecipanti, i livelli di ansia, depressione e sintomi legati allo stress sono largamente aumentati durante il lockdown, soprattutto nelle donne. Inoltre, il Centro ha dimostrato che l'esperienza

prolungata del lockdown sia significativamente legato al rischio di sintomi ansioso-depressivi (Giallonardo et al., 2020).

Per limitare la diffusione del COVID-19, i politici italiani hanno più volte delegato le scelte ai “tecnici”. Nei primi mesi della pandemia hanno infatti, da un lato, creato un apposito Comitato Tecnico-Scientifico a cui delegare le scelte più difficili e, dall’altro, promulgato leggi e decreti specifici, rapidi e adatti ad affrontare situazioni emergenziali anche senza l’emanazione di atti parlamentari: un processo che finisce per erodere lo spazio politico del dibattito nelle decisioni democratiche.

3.2 La risposta del tecno-stato e della politica all'emergenza pandemia

Da tempo, in Italia, la tecno-democrazia è dispiegata in diversi ambiti della gestione del potere politico ed economico, sia in ambito pubblico che privato; le sue origini vanno ricercate nell’apparato stato/parastatale, o più precisamente nel tecno-stato. Questa dimensione del potere non è votata all’*efficienza*, in quanto il potere è alimentato e caratterizzato da una gestione tipicamente burocratica nelle strutture, nelle regole e nelle procedure che d’altronde determina ritardi nell’azione politica, amministrativa, economica e sociale.

L’elemento che più preoccupa è l’incontro tra il potere della burocrazia e il potere della tecnocrazia: una commistione che ha infatti alimentato l’influenza di tecnici e burocrati nelle decisioni politiche in materia di economia e sanità (a sostegno di questo punto si veda il rapporto di Cortei dei Conti, 2012 e Charron et al., 2019). Le valutazioni sulla presenza e la qualità della burocrazia nel confronto internazionale sono efficacemente mostrate dal *Quality of Government Index* dell’Università di Göteborg, un indicatore costituito da tre pilastri: livello di corruzione, caratteristiche della legislazione e rispetto della legge, qualità della burocrazia. Questo indice mostra gli effetti delle singole procedure burocratiche sul comportamento e sulle prestazioni sia dei legislatori che dei cittadini.

In Europa, invece, un quadro tecnocratico simile ha origini storiche diverse: le istituzioni sovranazionali sono state caratterizzate da un alto grado di tecnocrazia sin dalla loro fondazione nel secondo dopoguerra. Le istituzioni europee, il cui processo di integrazione si basa sulla delega

dei governi nazionali ad agenzie funzionali, nascono dalla teoria e dalla pratica neo-funzionaliste, pur essendo basate sull'oggettività della conoscenza esperta (Haas, 2003). Secondo i funzionalisti, in questo senso, l'integrazione europea dovrebbe realizzarsi tramite il trasferimento graduale di compiti e funzioni a istituzioni indipendenti dagli Stati membri e capaci di gestire autonomamente risorse comuni.

Il sistema tecnocratico europeo ha già comunque mostrato significative debolezze istituzionali - la crisi finanziaria del 2010-2011 ne è l'esempio principale. Durante quel periodo critico, la Banca centrale europea (BCE) ha attuato riforme strutturali elaborate dalle stesse istituzioni e ritenute equamente attuate da tutti gli Stati membri dell'UE. I severi requisiti di programmi come il Patto di stabilità e crescita, l'accordo internazionale del 1997 sul controllo delle politiche di bilancio pubblico dell'Eurozona, sono stati pesantemente criticati da molti. Prodi (Osborn, 2002) e Krugman (Krugman, 2013), ad esempio, hanno criticato il fatto che il limite del 3% si applichi alla spesa totale, senza distinguere tra spesa pubblica corrente e spesa per investimenti pubblici. Diversi Paesi, per rispettare il limite del 3%, hanno infatti ridotto gli investimenti pubblici e mantenuto invariata la spesa corrente. Altro punto problematico è il limite al debito pubblico al 60% del PIL, che ostacola profondamente gli interventi economici anticiclici. In questo contesto la BCE è diventata il perno politico ed economico dell'Eurozona; seppur tamponando la crisi del debito del 2010, non è riuscita a fermare le crescenti divergenze tra gli Stati membri dell'UE. Di conseguenza, il processo di integrazione è in stallo e le istituzioni europee non hanno risolto i loro problemi di legittimità democratica.

Un problema simile lo stiamo vivendo oggi nella gestione della crisi pandemica, laddove la dimensione economica e quella sanitaria rappresentano due livelli essenziali all'elaborazione delle politiche. Sono stati messi in atto diversi strumenti politici per affrontare entrambi, come la riforma del meccanismo europeo di stabilità, il piano di ripresa e il *Recovery Fund (NextGenerationEU)*, mentre il patto di stabilità e crescita è stato sospeso in previsione di riforme radicali attuate in tutti Stati membri (Pesole, 2020; Riela, 2021). Questa è stata una grande vittoria della politica europea sulla tecnocrazia: la realizzazione di un grande piano di finanziamento europeo per il rafforzamento del welfare state è una manovra senza precedenti che ha permesso misure come il Piano Nazionale di Risanamento e Resilienza (PNRR) italiano, che serve a

indirizzare le enormi risorse europee su scala nazionale.

La Next Generation EU e il PNRR segnano un vero cambiamento per il welfare italiano perché “il numero di risorse impiegate per rilanciare crescita, investimenti e riforme ammonta a 750 miliardi di euro, di cui oltre la metà, 390 miliardi, sono costituiti da sovvenzioni. Le risorse destinate al *Recovery and Resilience Device*, la componente più importante del programma, sono reperite attraverso l'emissione di obbligazioni UE, facendo leva sull'innalzamento del tetto alle risorse proprie”. (Piano Strategico, 2021)

La natura funzionale e tecnocratica dell'Unione Europea ha inoltre preso il sopravvento in riferimento alle strategie di vaccinazione. La creazione di un piano vaccinale comune mostra tuttavia ritardi dovuti sia alla mancanza di coordinamento politico europeo, sia ai rallentamenti degli Stati nazionali, riuscendo a garantire una quota considerevole di dosi negli acquisti stabiliti nei contratti. La produzione di vaccini nel mercato europeo è stata sovrastimata rispetto ai contratti originari, e paesi come l'Italia sono stati spesso tentati di utilizzare vaccini extra UE e non validati dall'Agenzia Medica Europea come lo Sputnik (Ansa, marzo 2021; Il Giorno, aprile 2021). L'UE ha finanziato parte dei costi iniziali sostenuti dai produttori di vaccini utilizzando la struttura di supporto di emergenza, con un budget di circa 2,7 miliardi di euro (European Commission, 2021).

3.3 Tecno-capitalismo e salute pubblica

Per comprendere quanto la tecnocrazia si sia intrecciata al capitalismo occidentale, la centralità del business è un dato da cui partire. Le radici della tecnocrazia vanno infatti ricercate nel mondo aziendale, perché la lealtà tra accademia e produttività economica, scienziati e tecnici, intellettuali e manager deriva proprio dal modello produttivo taylorista-postfordista delle *funzioni di potere*. Oggi, il legame tra tecnologia e capitalismo – espressione della società capitalistica corporativa – si fonda sia sulla ricerca dell'efficienza economica che sulla quantificazione delle relazioni sociali. Questa evoluzione del capitalismo è spiegata chiaramente da Braudel (1988), il quale descrive il passaggio dal mercato come dispositivo culturale e funzionale – tipico delle società premoderne – a dispositivo tecnico autosufficiente, autoregolante e autoreferenziale. Il mercato – inteso in quanto ideale di autoregolamentazione – penetra quindi nelle

imprese e ridefinisce tutte le gerarchie in senso iper-competitivo, come già descritto dalla teoria dell'economia dei costi di transizione sviluppata da Williamson e Ouchi (1981). Conseguenza di questa nuova conformazione, è stata l'eliminazione tra spazio istituzionale e spazio aziendale, tra dimensione politica ed economica e tra sfera pubblica e privata.

La *corporatizzazione* della politica provoca una de-politicizzazione del campo pubblico, aprendo la strada al dominio delle élite del tecnocapitalismo: i tecnocrati neoliberisti sotto forma di economisti, consulenti, manager e banchieri. Questo accade sia a livello nazionale con i governi cosiddetti tecnici (Mastroianni, 2021), sia a livello internazionale, con organizzazioni come il Fondo Monetario Internazionale e la Banca Mondiale che sono – come affermato dal premio Nobel J. Stiglitz – enti pubblici senza una gestione democratica (Stiglitz 2006; 2010).

Questa dimensione della tecnocrazia neoliberista ha avuto ripercussioni sulla gestione della salute pubblica e della povertà durante la pandemia (WHO, 2020; World Bank, 2021), sia in termini di mancanza di assistenza sanitaria che di strutture mediche universali. Poiché la privatizzazione delle strutture sanitarie e del sistema di welfare potrebbe essere considerata parte di questa scelta politica, il sindacato italiano UilPA (Unione Italiana del Lavoro Pubblica Amministrazione) afferma che:

[...] ci vuole un punto di svolta come una pandemia globale per riconoscere la necessità di servizi pubblici ben finanziati ed il riconoscimento dei lavoratori che li forniscono. La pandemia ha messo in evidenza gli svantaggi delle privatizzazioni e dei tagli di bilancio: la priorità è [ora] di rafforzare i sistemi di sanità pubblica e assistenza, attraverso politiche fiscali più eque e inclusive, in modo che chi ha di più contribuisca maggiormente al finanziamento della spesa pubblica nazionale.

UilPA, 2021

Il sistema sanitario nazionale italiano ha dunque mostrato enormi difficoltà nella gestione dell'emergenza pandemica, a causa degli scarsi investimenti pubblici in sanità pubblica e della loro frammentazione su scala regionale, come confermato dal rapporto Ocse *Health at a Glance* (2020). Questa situazione ha avuto un forte impatto sul bilancio delle vittime di COVID-19, con 4.216.003 casi confermati e 126.046 decessi (aggiornato al 10 giugno 2021, fonte: Governo italiano, 2021 b). L'inefficiente coordinamento tra regioni e Stato centrale italiano ha aggravato la situazione durante la prima parte dell'emergenza pandemica; Barone e Bartolini (2020) hanno sostenuto che vi è stata "una grande confusione, resa ancora una volta evidente dalla sovrapposizione delle

misure emergenziali adottate luogo per luogo, dal momento dello scoppio della crisi, a causa dell'articolazione disomogenea dei livelli decisionali nel nostro nazione". La Corte Costituzionale italiana si è espressa in merito in relazione a casi come la legge regionale della Valle d'Aosta che impone misure restrittive sanitarie contro il COVID-19 diverse da quelle ufficiali della Repubblica Italiana (Bordignon e Turati, 2021).

Tuttavia, il finanziamento europeo messo in campo attraverso il PNRR in Italia è una quota importante di risorse atta a ricostruire il Paese rafforzandone il welfare (MEF, 2021). Il PNRR prevede un piano di investimenti della durata di sei anni (2021-2026) ed un budget complessivo di 672,5 miliardi di euro (312 di contributi diretti e 360 miliardi di prestiti agevolati). In Europa, invece, il conflitto tra politica e capitalismo ha messo in luce i ruoli egemonici delle multinazionali farmaceutiche rispetto la produzione e distribuzione di vaccini nel mondo. (La Repubblica, 2021). Il sistema di monopoli imposto dalle aziende farmaceutiche, detentrici dei brevetti anti-COVID-19 dei vaccini approvati, rischia infatti di avere un costo insostenibile per l'economia e la salute a livello mondiale - come affermato nel documento congiunto diffuso da Emergency e Oxfam:

Occorre sostenere con forza la sospensione delle norme che tutelano la proprietà intellettuale sui brevetti dei vaccini anti-COVID-19 e la condivisione della tecnologia necessaria alla produzione in altri Paesi, consentendo così di definire un piano vaccinale veramente efficace e che raggiunge tutti, sia nei Paesi più poveri, sia in Italia che in Europa.

Oxfam-Emergency, 2021

Sebbene stia ancora cercando di trovare una soluzione sullo stallo legato alla proprietà intellettuale dei brevetti vaccinali (Ansa, 2021 b), l'UE è comunque intervenuta efficacemente nella gestione delle irregolarità riguardanti il vaccino AstraZeneca, non rinnovando il contratto con la multinazionale ed avviando azioni legali per i ritardi di fornitura sopravvenuti (Sole 24ore, 2021 b)

Conclusioni

Il COVID-19 ha amplificato il modo in cui la tecnocrazia già permea la società tramite abitudini di pensiero e di azione: il virus ha infatti evidenziato le modalità con cui l'Italia e l'Europa hanno risposto a questa emergenza, dispiegando diversi tipi di strumenti di potere tecnocratici.

La legittimità su cui si fondano questi strumenti, tuttavia, non è in alcun modo neutra né puramente scientifica, poiché risulta filtrata da una prospettiva ideologica e contingente alle dinamiche storiche. Nonostante questo atteggiamento e grazie ai vari interventi e politiche europee, è stato finalmente possibile attuare un vasto piano di investimenti in sanità pubblica per gli Stati membri. Questo è un segnale positivo che riflette come la politica possa eventualmente vincere le disuguaglianze socio-economiche del capitalismo tecnocratico.

In conclusione, creare modelli innovativi nella gestione della salute pubblica - capaci di andare oltre i modelli gerarchici ed elitari della tecnocrazia - diventa la sfida più grande che la politica deve affrontare. Per ricostruire una nuova razionalità e una governance della società più internazionalista e progressista, le democrazie europee dovrebbero quindi puntare a società più giuste ed egualitarie, dove la salute pubblica è una priorità assoluta.

Riferimenti

Ansa news (2021) a). *Ansa.it* [online], March 10th 2021. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.ansa.it/sito/notizie/mondo/2021/03/09/il-vaccino-sputnik-v-sara-prodotto-in-italia-prima-in-ue_9ac80b11-23b4-4fdb-b503-36e1019a8226.html.

Ansa news (2021) b). *Ansa.it* [online], June 10th 2021. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.ansa.it/sito/notizie/mondo/2021/06/10/il-parlamento-ue-chiede-la-revoca-dei-brevetti-dei-vaccini_9db811b2-02f9-4a71-8313-a6d645197cfa.html

Antonelli, F. (2019). *Tecnocrazia e democrazia*, L'asino d'oro: Roma. Barone, N. and Bartoloni, M. (2020), *ilsole24ore.it*, [online], February 28th 2020. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.ilsole24ore.com/art/coronavirus-panico-scontro-le-regioni-5-errori-gestione-dell-emergenza-AC6Q4TMB

Bell, D. (1973). *The coming of post-industrial society*, Basic Books: New York. Bordignon, M. and Turati, G. (2020), *lavoce.info*, [online], March 2nd 2021. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.lavoce.info/archives/72582/chi-comanda-in-pandemia/

Braudel, F. (1988). *La dinamica del capitalismo*, Il Mulino: Bologna.

Brescianini, S., et al. (2020). L'impatto della pandemia COVID-19 sulla salute mentale: l'impegno in ISS, *Epicentroiss* [online]. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-salute-mentale

Castellani, L. (2021), *L'ingranaggio del potere*, Liberilibri: Macerata.

Charron, N. Lapuente V., Annoni, P. (2019), Measuring quality of government in EU regions across space and time, *Papers in Regional Science* 98.5, pp. 1925-1953.

Corte dei Conti (2020), Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica, [online]. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.corteconti.it/HOME/Documenti/DettaglioDocumenti?Id=6dee88aa-705c-4f21-8a5f-d04b4b03297f

European Commission: EU Vaccines Strategy, *europa.info*, [online]. Accessed: July 20th 2021. Available from: https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/eu-vaccines-strategy_it

Foucault, M. (2010). *The birth of biopolitics (1978-1979)*, London: Palgrave McMillan.

Giallonardo, V., et al. (2020). The impact of quarantine and physical distancing following COVID-19 on mental health: study protocol of a multicentric Italian population trial. *Frontiers in psychiatry*, 11, 533. US National Library of Medicine, *Front Psychiatry* [online]. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7290062/

Governo Italiano (2021) a) PNRR, *governo.it*, [online]. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR_0.pdf

Governo Italiano (2021) b) COVID-19: la situazione nel mondo, *salute.gov.it* [online]. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5338&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto

Governo Italiano (2021) c) Il Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 (2021), *salute.gov.it*, [online]. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5452&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto

Haas, H. (2003), *The uniting of Europe*, Paris, University of Notre Dame Press.

Il Giorno: "Vaccino Sputnik: «Per l'Europa 50 milioni di dosi in estate" (2021), *Il Giorno.it*, [online], April 20th 2021. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.ilgiorno.it/cronaca/vaccino-sputnik-europa-50-

[milioni-dosi-1.6230988](#)

Il Sole24ore: AstraZeneca, ecco perché la Ue non ha rinnovato il contratto (2021), *Il sole24ore.it*, [online] May 10th 2021. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.ilsole24ore.com/art/vaccini-l-unione-europea-non-rinnova-contratto-astrazeneca-AEPiHEH

Istituto Superiore Sanità, Press Release No 61/2020, *iss.it* [online]. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.iss.it/coronavirus/-/asset_publisher/1SRKHcCJJQ7E/content/comunicato-stampa-n%25C2%25B0-61-2020-pandemia-e-impatto-sulla-popolazione-quasi-tutti-hanno-indossato-la-mascherina-nei-luoghi-al-chiuso-e-sui-mezzi-pubblici.-due-persone-su-tre-inoltre-sono-disponibili-a-vaccinarsi-soprattutto-gli-anziani

Krugman, P. (2013), The Excel Depression, *NYTimes*. [online]. April 18th 2021. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.nytimes.com/2013/04/19/opinion/krugman-the-excel-depression.html?_r=0

La Repubblica. Vaccini, la lettera al Governo di Emergency e Oxfam: «Big Pharma rinunci ai brevetti” (2021), *Repubblica.it*, [online], February 26th 2021. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.repubblica.it/solidarieta/emergenza/2021/02/26/news/vaccini_l_appello_di_emergency_e_oxfam_big_pharma_rinunci_ai_brevetti_e_l_italiano_reithera_sia_il_rimedio_pubblico_glo-289316799/

Luhmann, N. (1975). *Potere e complessità sociale*, Il saggiatore: Milano.

Mastroianni (2021), *Ilsole24ore.it*, [online] February 12th 2021. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.infodata.ilsole24ore.com/2021/02/12/draghi-di-governi-i-tecnici-e-la-politica-il-volto-della-repubblica/

Mosca, G. (1923). *Elementi di scienza politica*, Torino: Fratelli Bocca Editori

Ministero della Salute Italiana (2021) «Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023.» [online] January 26th 2021. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1

[jsp?id=3005](#)

OECD/European Union (2020) Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU Cycle, *OECD Publishing*, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.

Osborn, A. (2002), Prodi disowns 'stupid' stability pact, *The Guardian* [online], October 12th 2002. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.theguardian.com/business/2002/oct/18/theeuro.europeanunion

Oxfam Italia, (2021) I guadagni di Big Pharma bastano a vaccinare l'Africa, *oxfamitalia.it*, [online], April 22nd 2021. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.oxfamitalia.org/guadagni-azionisti-big-pharma-bastano-a-vaccinare-africa/

Oxfam-Emergency (2021) L'impegno dell'Italia per un accesso equo e gratuito ai vaccini contro il COVID-19: Lettera-Appello Al Governo Italiano, *emergency.it* [online], February 26th 2021. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.emergency.it/blog/pace-e-diritti/l-impegno-dell-italia-per-un-accesso-equo-e-gratuito-ai-vaccini-contro-il-COVID-19-lettera-appello-al-governo-italiano/

Pesole, D. (2020) Patto di stabilità sospeso: finita l'emergenza sarà rivisto radicalmente, *ilsole24ore.it* [online]. April 30th 2020. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.ilsole24ore.com/art/patto-stabilita-sospeso-finita-l-emergenza-sara-rivisto-radicalmente-AD5VWdN

Riela, S., Quale futuro per il patto di stabilità, *ISPIONLINE.IT* [online] March 12th 2021. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.ispionline.it/it/pubblicazione/quale-futuro-il-patto-di-stabilita-29594

Stiglitz, J.E. (2006), *La globalizzazione e i suoi oppositori*, Einaudi: Torino.

Stiglitz, J.E (2010) *Freefall: America, Free Markets, and the Sinking of the World Economy*, Penguin: London

UILPA, (2021), *uilpa.it*, [online] March 12th, 2021 Accessed: July 20th 2021. Available from: www.uilpa.it/notizie/5270-pandemia-da-COVID-19-un-anno-dopo-la-necessita-di-rivalutare-i-nostri-servizi-pubblici

WHO Europe, (2020), eurowho.int, [online]. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/social-inequalities-in-environment-and-health

Williamson, O. E., and Ouchi, W.G. (1981), The markets and hierarchies and visible hand perspectives, *Perspectives on organization design and behavior*, pp. 347-370.

World Bank, (2021), Press Release No: 2021/024/DEC-GPV, *worldbank.org*, [online], October 7th 2020. Accessed: July 20th 2021. Available from: www.worldbank.org/en/news/press-release/2020/10/07/COVID-19-to-add-as-many-as-150-million-extreme-poor-by-2021



4 | MYANMAR

Clelia D'Apice et Kaung Suu Lwin

Clelia D'Apice et Kaung Suu Lwin

4 | Myanmar: Dove salute significa democrazia

This is Burma, and it is quite unlike any land you know about

Rudyard Kipling

Abstract

Il 1° febbraio 2021, i **vertici** militari **del** Myanmar hanno preso illegalmente il potere dalla Lega Nazionale per la Democrazia, appena rieletta. Dal 2 febbraio, i medici del **paese** stanno guidando la resistenza attraverso un movimento di disobbedienza civile, riducendo al minimo il lavoro negli ospedali sotto controllo militare. In risposta alle proteste, i militari stanno dando un giro di vite brutale, aprendo il fuoco sui civili, minacciando il personale sanitario, sequestrando gli ospedali e violando i diritti umani. In una corrispondenza su Lancet, i medici del Myanmar hanno sollevato alcune questioni fondamentali e cruciali. Riconoscendo che il loro dovere come medici è quello di dare la priorità alle cure per i loro pazienti, come possono farlo sotto un sistema militare illegale, antidemocratico e oppressivo?

Le istituzioni e i processi democratici sono un importante catalizzatore per migliorare la salute della popolazione. In particolare, elezioni libere ed eque sono importanti per migliorare la salute degli adulti in quanto aumentano la responsabilità e la reattività del governo. In secondo luogo, la democrazia gioca un ruolo importante nel raggiungimento dell'equità sanitaria e nell'affrontare le disuguaglianze. Infatti, le cause alla radice delle disuguaglianze sanitarie sono principalmente guidate da politiche che non considerano i determinanti sociali della salute. **Infine**, la salute è un diritto umano indispensabile per l'esercizio degli altri diritti umani. Le società democratiche sono una precondizione per lo sviluppo e il riconoscimento del diritto alla salute e di tutti gli altri diritti umani, mentre i regimi dittatoriali rimangono le principali fonti di violazione dei diritti umani.

Introduzione

Il Myanmar, noto anche come Birmania, è il paese più grande del sud-est asiatico continentale. Confina con Thailandia, Laos, Cina, India e Bangladesh e ha una costa sul Mare delle Andamane e sul Golfo del Bengala. Chiaramente, la sua posizione geopolitica è strategica ma complessa.

Il Myanmar possiede una grande diversità di gruppi etnici, di cui otto gruppi principali: Kachin, Kayah, Kayin, Chin, Mon, Bamar, Rakhine e Shan. Il Myanmar ha sofferto decenni di governo militare repressivo e povertà a causa di anni di politiche economiche isolazioniste e di guerre civili con gruppi di minoranze etniche. Il cambiamento verso una forma di leadership civile, nel 2011, ha stimolato le speranze di riforme democratiche. Tuttavia, il 1° febbraio 2021 il *Tatmadaw*, l'esercito del Myanmar, ha illegalmente preso il potere dalla neo rielezione National League for Democracy (NLD).

Il sistema sanitario del Myanmar è notevolmente migliorato sotto il governo democratico, tra il 2015 ed il 2020, sia nel modo di affrontare le disuguaglianze di accesso e di risultato, sia nella costruzione di una moderna educazione sanitaria (Bowyer et al., 2021). Enormi sforzi sono inoltre stati compiuti per contenere la pandemia da COVID-19. Al contrario, il governo militare nei precedenti 50 anni non è riuscito a sviluppare il sistema sanitario ed ha invece innescato povertà e disuguaglianze. L'ultimo ritorno al governo militare rischia dunque di provocare un deterioramento critico sia delle misure di sanità pubblica che dei servizi clinici.

Partendo dal caso del Myanmar, questo saggio offrirà approfondimenti relativi al legame essenziale che esiste tra salute e democrazia, rendendole condizioni cardine reciproche e discutendo, con un focus sul Myanmar, cinque argomenti principali: Il golpe militare del Myanmar e il suo impatto sulla salute; La salute in quanto diritto umano; Istituzioni democratiche e salute; Determinanti sociali della salute; Democrazia ed equità nella salute.



Mappa del Myanmar. Fonte: National Online Project

4.1 Il colpo di stato militare del Myanmar e il suo impatto sulla salute

Il Myanmar ha ottenuto l'indipendenza dalla Gran Bretagna nel 1948. Anche successivamente l'indipendenza, ha vissuto vari disordini politici e periodi di difficoltà. Il paese è stato governato dai militari dal 1962 fino al 2011, quando un nuovo governo ha inaugurato un percorso democratico. Da allora, il Myanmar sta attraversando il processo di transizione verso la democrazia e il federalismo grazie all'afflusso e al sostegno di investimenti internazionali e aiuti allo sviluppo.

Tuttavia, il 1° febbraio 2021, alla vigilia dell'istituzione del Parlamento appena eletto democraticamente, il Tatmadaw, ha organizzato un colpo di stato militare, annunciando che il paese era stato posto in stato di emergenza nazionale. Il presidente U Win Myint, la Consigliera di Stato Aung San Suu Kyi e numerosi altri leader democratici, parlamentari e rappresentanti della società civile sono stati sottoposti a detenzione militare. In tutto il Paese, gli appelli alla resistenza anti-golpe sono diventati rapidamente virali, anche attraverso i social media. Il popolo manifesta pacificamente il suo rifiuto del golpe militare e la loro devozione ai valori democratici manifestando nelle strade e sul web.

La violenza e la repressione da parte del Tatmadaw sono aumentate notevolmente nel corso delle settimane. Al 23 ottobre 2021, 7.016 persone sono state arrestate, accusate o condannate a un certo punto in relazione al colpo di stato e più di 1.196 persone sono state uccise (Assistance Association for Political Prisoners, 2021). I post sui social media mostrano dimostranti civili attaccati e uccisi con gas lacrimogeni, granate, proiettili di gomma e proiettili veri (World Health Organization, 2021). I combattimenti stanno riprendendo, diffondendosi in diverse aree, in particolare nelle regioni di Chin, Karen e Kachin. Si stanno verificando spostamenti di persone su vasta scala sia all'interno dello Stato che nei paesi vicini. I bisogni umanitari – tra cui assistenza sanitaria, cibo, acqua e rifugi – stanno aumentando esponenzialmente.

Sono i medici del Myanmar a guidare la resistenza, tramite un Movimento di disobbedienza civile (CDM), riducendo al minimo il lavoro negli ospedali che si trovano sotto controllo militare e chiudendo le università di medicina e infermieristica. Tuttavia, per non mettere in pericolo i pazienti, il personale sanitario del CDM utilizza cliniche private e di beneficenza

per fornire assistenza medica a tariffe ridotte, collabora con i medici di base, garantisce servizi per l'HIV e la tubercolosi, prepara ambulanze con personale e cliniche in strada, e rimane in allerta per affrettarsi agli ospedali per fornire cure di emergenza.

Poiché i militari prendono sempre più di mira gli operatori sanitari, arrestandoli, molestandoli e costringendoli a nascondersi, molti operatori sanitari stanno rischiando la propria vita al fine di fornire cure salvavita ai feriti durante le proteste (Mahase, 2021; Darzi, 2021). Secondo quanto riferito da diverse fonti, il Tatmadaw sta occupando ospedali pubblici in tutto il Myanmar, attaccando squadre mediche e vandalizzando forniture mediche, attrezzature e veicoli.

La fornitura diretta di servizi sanitari essenziali e lo sviluppo delle capacità del settore della sanità pubblica sono gravemente compromessi, con conseguente disponibilità limitata di interventi sanitari salvavita, portando ad un aumento di malattie e mortalità prevenibili. I sistemi nazionali di segnalazione e sorveglianza sono interrotti o non funzionano, limitando così la capacità del sistema relativamente a diagnosi precoci e alla prevenzione di malattie trasmissibili. L'accesso all'assistenza prenatale, al parto, all'assistenza postnatale, alla pianificazione familiare e all'assistenza sanitaria infantile è infatti gravemente compromesso a causa della scarsa funzionalità del settore della sanità pubblica. I programmi di immunizzazione, in particolare per i bambini, vengono interrotti, con conseguente aumento dell'abbandono scolastico, nonché maggiori rischi di epidemie di malattie prevenibili con vaccini (World Health Organization, 2021).

Tutto ciò sta accadendo al tempo della pandemia globale di COVID-19, che ha già sconvolto il fragile sistema sanitario esistenti del Myanmar e colpito i servizi sanitari del paese (Han et al., 2021). A ottobre 2021, c'erano 491.584 casi confermati di COVID-19 e 18.465 decessi in Myanmar, uno dei tassi di mortalità più alti nella regione (World Health Organization, 2021). Il COVID-19 si sta diffondendo rapidamente in Myanmar per diverse cause, tra cui l'errato utilizzo della tracciabilità dei contatti e delle pratiche di quarantena, la scarsa sorveglianza, la carenza di forniture, la mancanza di personale qualificato e le difficoltà di accesso alle strutture sanitarie per i test antigenici. La produzione giornaliera dei test è infatti diminuita da 19.667 al 26 gennaio 2021 a 1.230 campioni al 28 maggio 2021 (World Health Organization, 2021). La risposta al COVID-19 del Myanmar e il

lancio del vaccino sono quasi crollati a causa degli attacchi dei militari agli operatori sanitari e alle strutture in tutto il paese. L'emergenza dei diritti umani del golpe si sta trasformando in un disastro per la salute pubblica. Senza test adeguati, conformità pubblica e rispetto dell'isolamento, accesso alle cure cliniche acute e immunizzazioni continue, le implicazioni per la diffusione, morbilità e mortalità da COVID-19 stanno minacciando non solo il popolo del Myanmar, ma anche l'intero sud-est asiatico. Il Myanmar rischia un profondo collasso del sistema sanitario a causa della pandemia di COVID-19 (Soe et al., 2021).

Nei precedenti oltre 50 anni di governo militare, la spesa pubblica per la salute è stata tra le più basse al mondo. Decenni di abbandono, isolamento e conflitti armati hanno portato a gravi conseguenze sulla salute e a un tragico tasso di spese vive individuali. Insieme ai cambiamenti nel sistema politico e nelle strutture amministrative a seguito delle elezioni nazionali del 2010, il governo stava invece intraprendendo riforme per rafforzare il settore sanitario e raggiungere una copertura sanitaria universale. In particolare, sotto l'amministrazione della NLD, sono stati compiuti sforzi per affrontare le disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari, istituire servizi di assistenza di emergenza e costruire un moderno sistema di educazione sanitaria. Tutti i miglioramenti e sforzi fatti sono ora in pericolo. Il ritorno al governo militare e la conseguente negligenza finanziaria, le sanzioni economiche internazionali e l'isolamento rischiano di innescare un deterioramento sia delle misure di salute pubblica che dei servizi clinici nel paese, colpendo soprattutto i più vulnerabili.



Fotografia scattata a Yangon, Myanmar, durante una dimostrazione a sostegno del Civil Disobedience Movement. Photo credit @Patrick 2021

4.2 La salute è un diritto umano

In quanto esseri umani, la nostra salute e quella di coloro a cui teniamo è una questione di preoccupazione quotidiana. Indipendentemente dalla nostra età, sesso, background socio-economico o etnico, consideriamo la nostra salute il nostro bene essenziale più fondamentale.

OHCHR, 2008

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di infermità o malattia (World Health Organization, 1948). La salute deve essere raggiungibile per tutti nella vita reale, in tutte le circostanze, a qualsiasi età, indipendentemente dallo stato culturale o socioeconomico, razza o religione, per evitare di diventare un'utopia (The Lancet, 2009).

L'importanza del diritto alla salute riecheggia nel suo essenziale ruolo rispetto al diritto alla vita. In effetti, proteggere e realizzare il diritto alla salute dell'individuo è, il più delle volte, garantire la sua sopravvivenza e soddisfare il suo diritto alla vita: "Il godimento del più alto livello di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale" (World Health Organization, 1948).

Data la sua primaria importanza e multidimensionalità, il diritto alla salute è stato sancito da diversi strumenti internazionali. Inter alia, la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (DUDU) ha riconosciuto il diritto alla salute tra i diritti di primaria importanza per gli esseri umani, dipingendolo come parte dei diritti ad un adeguato tenore di vita (United Nations General Assembly, 1948). Secondo il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (OHCHR, 1976), la salute è un diritto umano fondamentale indispensabile per l'esercizio di tutti gli altri diritti umani.

La salute è un diritto umano e va difeso come tutti gli altri diritti umani; i medici dovrebbero dunque essere in prima linea per garantirlo e difenderlo (Farmer, 2003). Di recente, alcuni medici del Myanmar a capo del CDM hanno sollevato una questione cruciale. Riconoscendo che il loro dovere di medici è quello di dare la priorità alle cure per i loro pazienti, come possono farlo in un sistema militare illegale, non democratico e oppressivo? Se i medici aderiscono al CDM, non svolgono il loro lavoro

nelle strutture pubbliche e si occupano solo dei casi più gravi, vengono meno al loro dovere? (Soe et al., 2021)

La repressione del Tatmadaw contro gli operatori sanitari parte del CDM è stata brutale, con molti medici arrestati o costretti a nascondersi (Mahase, 2021). Fonti hanno riferito che tra l'11 febbraio e il 30 settembre 2021 si sono verificati 178 incidenti in tutto il Paese in cui: almeno 290 attacchi e minacce alla sanità, 210 operatori sanitari sono stati arrestati, 40 sono rimasti feriti e 29 sono stati uccisi (Physicians for Human Rights, 2021). Inoltre, secondo quanto riferito, il Tatmadaw starebbe sequestrando ospedali nel paese e aprendo il fuoco contro di essi, violando in questo modo le Convenzioni di Ginevra e il diritto umanitario internazionale consuetudinario. Secondo quanto riferito, i militari hanno sparato e assaltato ambulanze e organizzazioni di beneficenza che cercavano di fornire il primo soccorso e raccogliere i corpi delle persone uccise (World Health Organization, 2021). Come può, allora, il personale sanitario riuscire a lavorare sotto tiro? Come è possibile garantire la salute dei pazienti sotto le spirali di gravi violazioni dei diritti umani da parte della giunta militare?

Secondo la Costituzione del WHO, "i governi hanno una responsabilità nei confronti della salute delle proprie popolazioni, che può essere soddisfatta fornendo adeguate misure sanitarie e sociali". L'esercito del paese ha la responsabilità di servire il popolo, difendere il paese e proteggere la sicurezza del popolo. Tuttavia, i militari del Myanmar non stanno rispettando le loro responsabilità e stanno invece infrangendo e violando i diritti umani, e in particolare il diritto alla salute del popolo del Myanmar.

4.3 Istituzioni democratiche e salute

È ovvio che il modo in cui le persone vivono ed il loro stato di salute siano inevitabilmente modellati da forze politiche, sociali, demografiche, economiche e culturali (Mammoth and Allen, 2014). In teoria, è chiaro anche che la democrazia dovrebbe avere l'obiettivo di migliorare la salute della popolazione (Ncayiyana, 2004). Quando sostenute da elezioni regolari, libere ed eque, le democrazie dovrebbero avere un incentivo maggiore delle autocrazie a fornire risorse e servizi che promuovono la salute a una proporzione più ampia possibile della popolazione (Martyn,

2004). Inoltre, le democrazie sono più aperte alle diversificate opinioni dei gruppi di interesse, più protettive nei confronti della libertà dei media e più propense ad utilizzare tali feedback per migliorare i propri programmi di salute pubblica. Le autocrazie riducono infatti la competizione politica e l'accesso alle informazioni, il che può funzionare da deterrente alla libera espressione dei cittadini e una governance reattiva (Ruger, 2005).

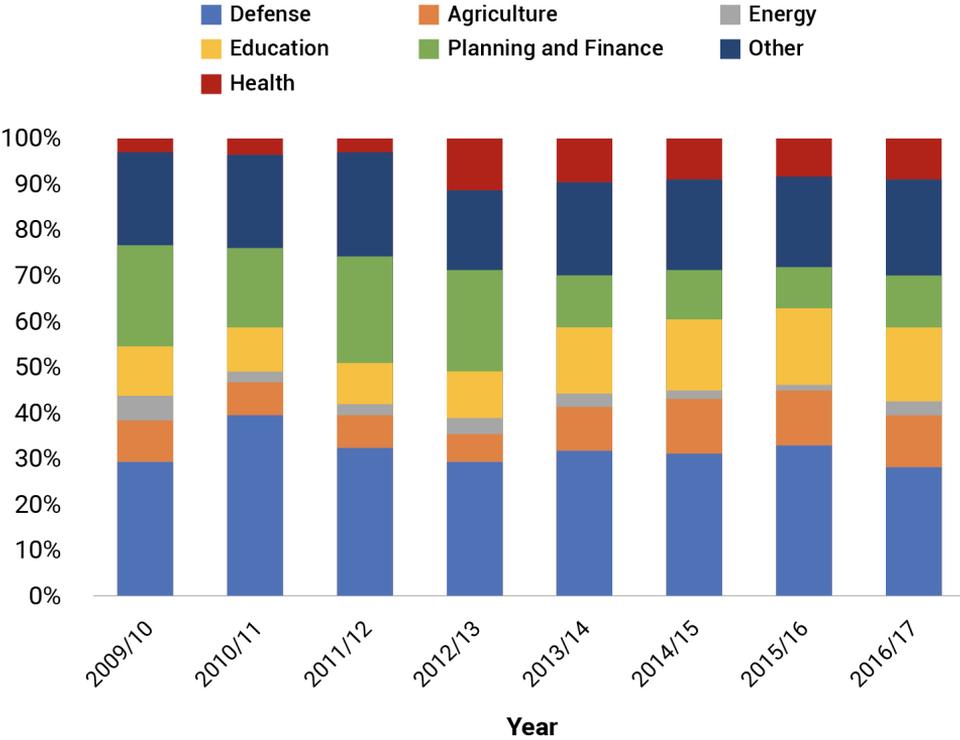
Le popolazioni che vivono in paesi con forti istituzioni democratiche godono di una salute migliore di quelle che si trovano sotto regimi repressivi (Ruger, 2005). Non essendo caratterizzati da politiche di assistenza allo sviluppo, i paesi con maggiore esperienza democratica tendono infatti, rispetto alle autocrazie, ad ottenere maggiori vantaggi in termini di politiche governative di assistenza sanitaria. (Martyn, 2004). Gli effetti della democrazia dovrebbero infatti essere misurabili in termini di fattori quali l'aumento della spesa sanitaria del governo (Franco, Alvarez-Dardet e Ruiz, 2004).

Tra il 1964 ed il 2010, il regime militare in Myanmar ha portato ad ingenti sottoinvestimenti nel servizio pubblico, compresa la sanità e l'istruzione (Brennan e Abimbola, 2020). Nonostante sia ricco di risorse naturali, il Myanmar ha alti indicatori di povertà e salute. Il tasso di mortalità infantile sotto i cinque anni è di 62,4/1000 nati vivi ed un tasso stimato di mortalità materna è di 200/100 000 nati vivi: in entrambi i casi, l'elevata mortalità è dovuta a malattie prevenibili (Ministry of Health and Sports, Myanmar, 2016). Sebbene le tendenze mostrino che questi tassi siano diminuiti nell'ultimo decennio, rimangono comunque i più alti della regione, riflettendo i grandi bisogni di salute della popolazione (Ministry of Health and Sports, Myanmar, 2016).

Dopo molti decenni di governo militare, il primo governo democraticamente eletto si è insediato nell'aprile 2016. Tra le molte priorità del nuovo governo, i settori sociali – tra cui la sanità e l'istruzione – sono stati ripetutamente sottolineati come critici. In linea con questa visione, il governo democraticamente eletto ha considerato la salute pubblica come un canale di pace e armonia, dato che un accesso alla salute non ostacolato da difficoltà finanziarie è un beneficio diretto per i cittadini (Ministry of Health and Sports, Myanmar, 2016).

Il precedente governo militare ha speso ingenti quote di PIL per la difesa, diminuendone quelle per la salute, l'istruzione, la protezione sociale e i

servizi economici. Ciò riflette una combinazione di un'amministrazione pubblica relativamente piccola e lo spiazzamento relativo a priorità non legate alla difesa nel bilancio dell'Unione (Risso-Gill *et al.*, 2014). Un primo riequilibrio verso priorità non legate alla difesa è cominciato tra il 2021 ed il 2013 di cui il settore sanitario, in particolare, ha beneficiato (Risso-Gill *et al.*, 2014). Il budget del Ministero della salute e dello sport (MoHS) è passato dal 3 all'11 per cento del budget totale del governo dell'Unione in un solo anno fiscale (Ministry of Health and Sports, Myanmar, 2016). La ridefinizione delle priorità del bilancio del governo è stata un'importante fonte di spazio fiscale per la salute, grazie a cui il bilancio sanitario è aumentato di nove volte (da 94 milioni di dollari USA nel 2010-11 a 850 milioni di dollari USA nel 2016-17) ed utilizzato principalmente per finanziare la fornitura di assistenza sanitaria e l'espansione del servizio copertura di cure mediche gratuite in ambito ospedaliero (Ministry of Health and Sports, Myanmar, 2016).



Percentuale della spesa pubblica in Myanmar dal 2009 al 2017. Fonte: Banca Mondiale, 2017

I frutti della politica sanitaria in Myanmar sono migliorati sostanzialmente ed in modo costante negli ultimi decenni. L'aspettativa di vita alla nascita è aumentata da soli 43 anni nel 1960 ai 66 anni nel 2015 (Ministry of Health and Sports, Myanmar and ICF 2017). Dal 1990, il tasso di mortalità sotto i cinque anni (U5MR) è sceso da 106 a 50 per 1.000 nati vivi e il tasso di mortalità infantile (IMR) è diminuito da 76 a 40 per 1.000 nati vivi. In questo stesso periodo, il tasso di mortalità materna (MMR) è sceso da 520 per 100.000 nati vivi a 227 nel 2015 (Ministry of Health and Sports, Myanmar and ICF, 2017). Tuttavia, i risultati sanitari del Myanmar rimangono scarsi rispetto agli standard globali e regionali. L'aspettativa di vita del Myanmar di 66 anni è infatti inferiore a quella dei paesi vicini come Thailandia, Cambogia e Vietnam (Ministry of Health and Sports, Myanmar and ICF 2017). Anche i tassi di mortalità sono sostanzialmente più bassi rispetto ai coetanei regionali. Il Myanmar non ha raggiunto gli obiettivi di sviluppo del millennio (MDG – Millennium Development Goal) del 2015 di 36 per 1.000 nati vivi per la mortalità sotto i cinque anni e 130 per 100.000 nati vivi per la mortalità materna (Ministry of Health and Sports, Myanmar and ICF 2017).

Decenni di sottoinvestimenti nei settori sociali in Myanmar sotto il regime militare hanno portato a scarsi risultati sanitari ed alti livelli di spese sanitarie. Nel 2015, ~ 1,7 milioni di persone sono scese al di sotto della soglia di povertà nazionale a causa della spesa sanitaria (Risso-Gill *et al.*, 2014). Di tutte le famiglie del Myanmar che si sono recate in una struttura sanitaria nel 2015, il 28% ha preso prestiti e il 13% ha venduto i propri beni per coprire la spesa sanitaria (Risso-Gill *et al.*, 2014). Il governo democraticamente eletto ha lanciato il Piano sanitario nazionale (NHP – National Health Plan) 2017-2021 come strategia per riformare il settore e avviare il Myanmar verso la copertura sanitaria universale (Ministry of Health and Sports, Myanmar, 2016). L'NHP delinea la prima fase del viaggio del Myanmar verso l'UHC (copertura sanitaria universale - Universal Health Coverage). Dato il punto di partenza del Paese, come evidenziato dalle attuali debolezze del sistema sanitario e dagli scarsi indicatori di salute, il raggiungimento degli ambiziosi obiettivi UHC richiederà sforzi e investimenti sostanziali (Ministry of Health and Sports, Myanmar, 2016).

Con la volontà politica del precedente governo democraticamente eletto di riformare il sistema sanitario, un ambiente macroeconomico favorevole, gli interessi acquisiti relativamente limitati che bloccavano il percorso di riforma e una popolazione assetata di cambiamenti significativi nella

fornitura di servizi sanitari di qualità a prezzi accessibili, il Myanmar aveva una finestra di opportunità per agire e ottenere progressi significativi verso la copertura sanitaria universale (UHC) (Risso-Gill *et al.*, 2014). Questo continuo sostegno politico ad alto livello e una forte leadership hanno mantenuto le riforme sulla buona strada e rafforzato le istituzioni che sono fondamentali per la loro attuazione di successo (Risso-Gill *et al.*, 2014).

Tuttavia, il colpo di stato militare del 1° febbraio 2021 sta rallentando la transizione del Myanmar verso la democrazia ed il percorso verso l'UHC (Bowyer *et al.*, 2021). La giunta militare ha commesso una serie di gravi violazioni dei diritti umani, compresi gli attacchi sistematicamente mirati al personale sanitario (Physicians for Human Rights, 2021) che stanno portando al collasso del sistema sanitario, in mezzo alla pandemia da COVID-19 che già rappresenta una minaccia nazionale per la salute e la sicurezza (Physicians for Human Rights, 2021).

Nel frattempo, il governo di unità nazionale (NUG - National Unity Government) della Repubblica dell'Unione del Myanmar è istituito dal Comitato che rappresenta Pyidaungsu Hluttaw (CRPH), un gruppo di legislatori eletti espulsi nel colpo di stato del Myanmar 2021 (Ministry of Health, Myanmar 2021). Il Ministero della Salute (MOH - Ministry of Health) sotto il NUG ha sviluppato il Sistema sanitario federale al fine di rianimare l'intero sistema sanitario dopo il freno posto dal colpo di stato militare sull'attuale sistema sanitario. Il Sistema Sanitario Federale garantisce un'assistenza sanitaria di qualità, economica ed efficace, in particolare nei confronti della popolazione più povera e vulnerabile del paese (Ministry of Health, Myanmar 2021).

4.4 Determinanti sociali della salute

I determinanti sociali della salute (SDH - Social Determinants of Health) sono i fattori non medici che influenzano gli esiti di salute. Sono le condizioni in cui le persone nascono, crescono, lavorano, vivono e invecchiano, e l'insieme più ampio di forze e sistemi che modellano le condizioni della vita quotidiana. Queste forze includono politiche e sistemi economici, programmi di sviluppo, norme sociali, politiche sociali e sistemi politici (Marmot and Allen, 2014). Gli SDH ha un'influenza importante sulle disuguaglianze sanitarie - le differenze ingiuste ed evitabili nello stato di

salute osservate all'interno e tra i paesi (Hanefeld *et al.*, 2019). Nei paesi a tutti i livelli di reddito, salute e malattia seguono un gradiente sociale: più bassa è la posizione socioeconomica, peggiore è la salute (Marmot and Allen, 2014).

Sebbene il Myanmar sia pieno di risorse, si classifica ancora costantemente come un paese a basso reddito e uno dei paesi meno sviluppati della regione Asia-Pacifico a causa di decenni di governo militare e vari disordini politici. Nel frattempo, le disparità tra i livelli di sviluppo urbano e rurale sono in aumento, in particolare in relazione ad opportunità di lavoro, accesso ai servizi sanitari ed istruzione. L'indice di sviluppo umano in Myanmar era 0,583 nel 2020, classificandosi 147 su 187 paesi a livello globale con 67,1 anni di aspettativa di vita media alla nascita mentre quello in Bangladesh, il paese vicino, era 0,632 nel 2020, classificandosi 133 su 187 paesi con il 72,6 anni di aspettativa di vita media (United Nations Development Programme, 2020).

4.5 Democrazia ed equità in salute

L'origine delle disuguaglianze in salute deriva dalle politiche che strutturano l'accesso ai determinanti sociali della salute (Hanefeld *et al.*, 2019). Sono necessarie cinque condizioni per ridurre le disuguaglianze sanitarie: servizi sanitari di buona qualità e accessibili; sicurezza del reddito e un livello adeguato ed equo di protezione sociale; condizioni di vita dignitose; buon capitale sociale e umano; condizioni di impiego e lavoro dignitose (Marmot e Allen, 2014). I risultati in termini di salute pubblica migliorano quando le persone possono accedere alle cure di cui pensano di aver bisogno; quando le persone possiedono un'occupazione sicura con un salario dignitoso; quando le persone hanno qualcuno a cui chiedere aiuto e sentono di avere voce in capitolo nei processi decisionali (Marmot e Allen, 2014).

Le istituzioni democratiche possono ad esempio affrontare la problematica della salute attenuando le disparità sociali e di reddito derivanti da una maggiore voce e partecipazione politica (Franco, Alvarez-Dardet and Ruiz, 2004). Migliorare la salute degli strati sociali socioeconomici più in difficoltà può infatti, come conseguenza, migliorare le prestazioni aggregate di un paese in materia di salute. Un'altra soluzione, da parte delle istituzioni politiche, potrebbe essere quella di influenzare la salute

pubblica utilizzando il loro impatto sociale pressando su questioni di politica sanitaria universale, come l'accesso universale a servizi sanitari di qualità.

Da quando il Myanmar sta attraversando una complessa trasformazione politica ed economica, da una lunga guerra civile e regime militare a un processo di pace e democratizzazione, esistono persistenti disuguaglianze di salute pubblica all'interno dei sette stati e delle sette regioni del Myanmar. I residenti degli stati montuosi periferici soffrono di isolamento, conflitti civili e basso sviluppo socioeconomico (Zaw et al., 2015). A causa di ciò, esistono ampie disuguaglianze geografiche, etniche e socio-economiche. Ad esempio, il tasso di mortalità materna (MMR) nello stato di Chin è 357, rispetto ai 213 di Yangon, e il tasso di mortalità sotto i 5 anni (U5MR) varia da 108 nella regione di Magway a 48 nello stato di Mon (Ministero della salute e dello sport, Myanmar e ICF 2017). I bambini provenienti da famiglie più povere hanno più del doppio delle probabilità di essere denutriti rispetto a quelli provenienti da famiglie più agiate (Zaw et al., 2015).

Sulla base della lezione appresa dal passato, il MOH sotto il governo del NUG sta elaborando politiche per mitigare piuttosto che esacerbare le disuguaglianze sanitarie considerando il decentramento, l'inclusività e l'equità come un valore fondamentale del Sistema Sanitario Federale.



Fotografia scattata a Yangon, Myanmar, durante una manifestazione per "Salvare il Myanmar". Photo credit @Patrick 2021

Conclusioni

La salute è un diritto umano fondamentale, la cui realizzazione è essenziale al godimento di una vita dignitosa per tutti gli esseri umani, ed è responsabilità dei governi rispettare e garantire questo diritto al proprio popolo. Le istituzioni e le pratiche democratiche possono influenzare lo sviluppo umano in diversi modi, inclusi salute e benessere. L'assenza di democrazia, dunque, può avere un effetto dannoso sulla salute della popolazione e sulla capacità dei sistemi sanitari.

Il Myanmar era sulla strada giusta verso la transizione democratica, con la speranza di svilupparsi ulteriormente grazie al contenimento della pandemia da COVID-19. Tuttavia, il colpo di stato militare ha distrutto questa speranza e ha fatto retrocedere verso un'epoca oscura che genera un critico deterioramento dell'intero sistema sanitario – nonché condizioni di vita insopportabili per la popolazione del Myanmar.

Il Programma delle Nazioni Unite per lo sviluppo (UNDP) avverte che gli effetti combinati del COVID-19 e del colpo di stato militare potrebbero portare 25 milioni di persone - quasi la metà della popolazione del Myanmar - a vivere al di sotto della soglia di povertà nazionale entro l'inizio del 2022, un livello di impoverimento mai visto nel paese dal 2005 (UNDP, 2021).

Nel mezzo della pandemia da COVID-19, il popolo del Myanmar sta rischiando la propria vita, combattendo per la libertà dal dominio militare e dall'oppressione. Questo colpo di stato militare è un affare interno, ma il suo impatto va oltre i confini del Myanmar, minacciando la salute e la sicurezza umana dell'intera regione, anche a causa del pericolo di una possibile ondata di pandemia di nuove varianti di COVID-19. Pertanto, è necessaria un'azione urgente da parte della comunità internazionale in risposta alla crisi sanitaria e dei diritti umani in Myanmar.

La comunità sanitaria globale dovrebbe fornire aiuti umanitari e logistici, compresi i test e la vaccinazione per la pandemia da COVID-19. La comunità internazionale dovrebbe attuare la risoluzione 2286 del Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite che condanna fermamente gli attacchi al personale sanitario in situazioni di conflitto (UN Security Council, 2016) e adottare pienamente le misure necessarie per migliorare la protezione e l'accesso all'assistenza sanitaria in Myanmar.

La comunità internazionale ha il dovere di adoperarsi per il ripristino della salute e della democrazia in Myanmar, poiché “la salute di tutti i popoli è fondamentale per il raggiungimento della pace e della sicurezza e dipende dalla più piena collaborazione degli individui e degli Stati” (World Health Organization, 1948).

Riferimenti

Ara Darzi: we must come to the support of our medical colleagues in Myanmar - The BMJ (2021) Bmj.com. Available at: <https://blogs.bmj.com/bmj/2021/03/10/ara-darzi-we-must-come-to-the-support-of-our-medical-colleagues-in-myanmar/> (Accessed: July 3, 2021).

Assistance Association for Political Prisoners (AAPP) (3 July 2021) *Aappb.org*. Available at: <https://aappb.org> (Accessed: July 3, 2021).

Bowyer, J. J. et al. (2021) "The crisis of health care in Myanmar," *Lancet*, 397(10280), p. 1182.

Brennan, E. and Abimbola, S. (2020) "Understanding and progressing health system decentralisation in Myanmar," *Global Security Health Science and Policy*, 5(1), pp. 17–27.

Ergo, A. et al. (2019) "A new hope: from neglect of the health sector to aspirations for Universal Health Coverage in Myanmar," *Health policy and planning*, 34(Supplement_1), pp. i38–i46.

Franco, A., Alvarez-Dardet, C. and Ruiz, M. T. (2004) "Effect of democracy on health: ecological study," *BMJ (Clinical research ed.)*, 329(7480), pp. 1421–1423.

Han, S. M. et al. (2021) "Military coup during COVID-19 pandemic and health crisis in Myanmar," *BMJ global health*, 6(4), p. e005801.

Hanefeld, J. et al. (2019) "Achieving health equity: democracy matters," *Lancet*, 394(10209), pp. 1600–1601.

Lichterman, B. L. (2003) "Book: Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor," *BMJ: British Medical Journal*, 327(7425), p. 1232.

Mahase, E. (2021) "COVID-19: Military coup in Myanmar sees virus response crumble as doctors are arrested," *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, p. n704.

Marmot, M. and Allen, J. J. (2014) "Social determinants of health equity," *American journal of public health*, 104 Suppl 4(S4), pp. S517-9.

Martyn, C. (2004) "Politics as a determinant of health," *BMJ (Clinical research ed.)*, 329(7480), pp. 1423–1424.

Ministry of Health and Sports, Myanmar (2016) Myanmar National Health Plan (2017-2021). Myanmar: Ministry of Health and Sports, Myanmar.

Ministry of Health and Sports, Myanmar and ICF (2017) Myanmar Demographic and Health Survey 2015-16.

Ministry of Health (MOH) Myanmar (2021) [nugmyanmar.org](https://moh.nugmyanmar.org/). Available at: <https://moh.nugmyanmar.org/> (Accessed: July 4, 2021).

Ncayiyana, D. J. (2004) "Is democracy good for people's health? A South African perspective," *BMJ (Clinical research ed.)*, 329(7480), pp. 1425–1426.

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) (1966) OHCHR International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ohchr.org. Available at: www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx (Accessed: July 3, 2021).

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) and World Health Organization (WHO) (2008) *The Right to Health*.

Physicians for Human Rights (2021) Violence against health care in Myanmar, [Phr.org](http://phr.org). Available at: <https://phr.org/our-work/resources/violence-against-health-care-in-myanmar/> (Accessed: July 3, 2021).

Practice Relating to Rule 25. Medical personnel (no date) [Icrc.org](http://icrc.org). Available at: https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v2_rul_rule25 (Accessed: July 3, 2021).

Risso-Gill, I. et al. (2014) "Health system strengthening in Myanmar during political reforms: perspectives from international agencies," *Health policy and planning*, 29(4), pp. 466–474.

Rocha, I. C. et al. (2021) "Myanmar's coup d'état and its impact on COVID-19 response: a collapsing healthcare system in a state of turmoil," *BMJ military health*, p. bmjmilitary-2021-001871.

Ruger, J. P. (2005) "Democracy and health," *QJM: monthly journal of the Association of Physicians*, 98(4), pp. 299–304.

Soe, Z. W. et al. (2021) "Myanmar's health leaders stand against military rule," *Lancet*, 397(10277), p. 875.

The Lancet (2009) "What is health? The ability to adapt," *Lancet*, 373(9666), p. 781.

United Nations (1948) "Universal Declaration of Human Rights | United Nations." Available at: www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights (Accessed: July 3, 2021).

United Nations Development Programme (UNDP) (2020) *Human Development Reports, Undp.org*. Available at: <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/MMR> (Accessed: July 3, 2021).

United Nations Development Programme (UNDP), *COVID-19, coup d'Etat and poverty: Compounding negative shocks and their impact on human development in Myanmar (2021) Undp.org*. Available at: www.asia-pacific.undp.org/content/rbap/en/home/library/democratic_governance/COVID-19-coup-d-etat-and-poverty-impact-on-myanmar.html (Accessed: July 5, 2021).

WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard (2020) WHO.int. Available at: <https://COVID19.who.int/> (Accessed: July 3, 2021).

Wigley, S. et al. (2020) "Democracy and implementation of non-communicable disease policies," *The Lancet. Global health*, 8(4), pp. e482–e483.

World Health Organization (WHO) (1948) Constitution of the World Health

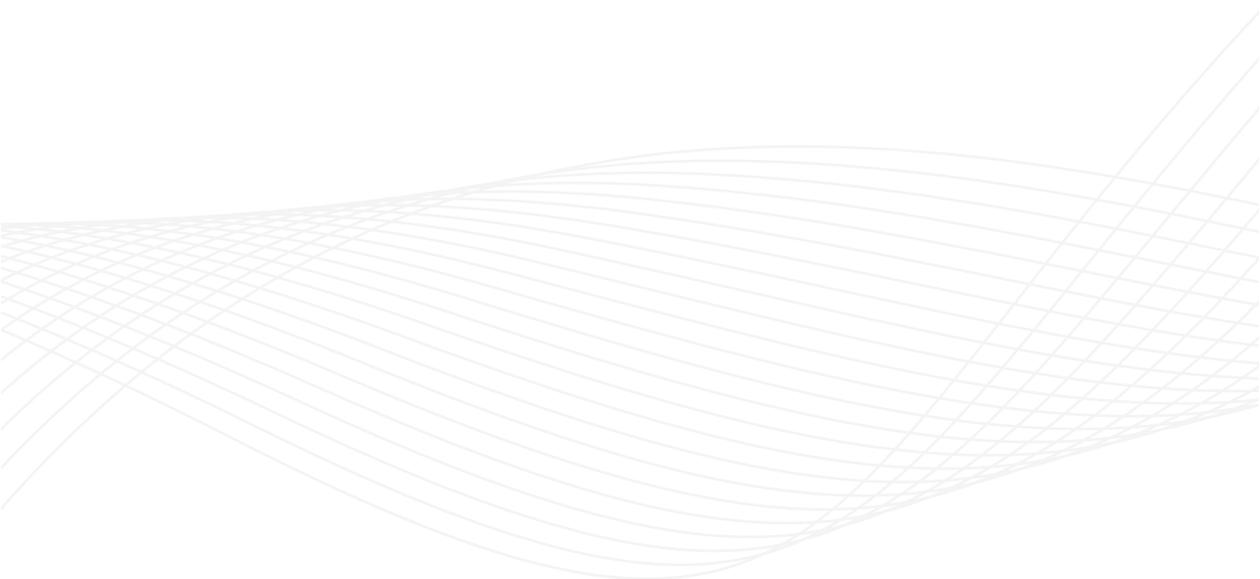
Organization.

World Health Organization (WHO), Myanmar (2021) Myanmar, Public Health Situation Analysis, 29 May 2021,Who.int. Available at: <https://healthcluster.who.int/publications/m/item/myanmar-public-health-situation-analysis-29-may-2021> (Accessed: July 3, 2021).

Zaw, P. P. T. et al. (2015) "Disparities in health and health care in Myanmar," Lancet, 386(10008), p. 2053.

NEXUS. DIBATTERE PER COMBATTERE

Joël Van Cauter



Joël Van Cauter

Nexus. Dibattere per combattere

La democrazia è in pericolo. In India, la più grande democrazia del mondo, i cittadini musulmani perdono la loro cittadinanza a causa della loro religione. Negli Stati Uniti, la democrazia più potente del mondo, un presidente ha incoraggiato un attacco al Parlamento. In Europa, alcuni dirigenti sabotano l'indipendenza della stampa o della giustizia. Come se fosse necessaria una prova inconfutabile, la pseudo-democrazia russa è entrata in guerra con la democrazia ucraina.

I due anni di crisi di COVID che abbiamo appena attraversato hanno aumentato questo pericolo. Perché hanno accentuato e messo in evidenza un fatto: la disuguaglianza dei cittadini di fronte alla malattia e alla morte, eppure l'uguaglianza è uno dei fondamenti della democrazia. E perché hanno messo alla prova i governi, evidenziato le loro debolezze, le loro miopie o i nodi che li strangolano.

L'unico modo per curare la democrazia è la democrazia. Ecco perché questa raccolta di articoli è così preziosa. Se vogliamo lottare per la democrazia, dobbiamo cominciare a discutere. E i capitoli di questo libro, le cui specificità si completano a vicenda per formare un insieme stimolante, alimentano il dibattito in tre modi..

Descrivere

In primo luogo, per la loro obiettività. Le osservazioni messe insieme dai diversi autori ci aiutano a vedere la realtà, le situazioni diverse e in parte convergenti. Questo attraverso dati rigorose, descrizioni fattuali taglienti come il miglior giornalismo, richiami a contesti storici e a quadri giuridici pertinenti. È documentato, preciso, inattaccabile.

I determinanti sociali della salute sono entrati in gioco e hanno condannato la parte più fragile della popolazione a delle pene cumulative: malattia

e tensioni quotidiane in alloggi angusti e perdite di lavoro e disimpegno psicologico e...

Quando Wilkinson²⁰, che aveva certamente raccolto meticolosamente i suoi dati, uscì con il suo libro sulla correlazione positiva tra uguaglianza e benessere collettivo, osservò: gli attori sul campo hanno reagito dicendo “quello che scrivi è ovvio”; gli altri dicendo invece “è impossibile”. Leggendo i fatti qui riportati, ognuno può provare entrambe le impressioni simultaneamente: è impossibile che una tale ingiustizia, un tale aumento del peso sui più deboli, abbia luogo in una democrazia. Ma è evidente che sta accadendo. Dobbiamo sapere di cosa stiamo parlando.

Criticare

In secondo luogo, perché il dibattito è alimentato dalla critica, o meglio dalle critiche: delle politiche, delle nozioni, delle macro tendenze. Qui non tutto appare inattaccabile. Per esempio, la nozione di libertà collettiva merita di essere più solidamente definita ed esplorata, contrapposta ad altre alternative alla libertà individualista che viene giustamente denunciata. Il lavoro di Hanna Arendt sulla libertà come fatto politico e come esperienza di relazione, per esempio, rimane illuminante²¹. Perché non si tratta solo di denunciare la riduzione della libertà all' homo economicus, bisogna anche pensare questa libertà come materia viva in una coscienza. Il testo sul Myanmar chiarisce, senza bisogno della minima enfasi, che sono gli individui, le persone, i soggetti, le esistenze specifiche, impegnate, incarnate, a combattere.

La lettura del momento COVID come sintomo di una società dominata dal tecnocapitalismo potrebbe essere più convincente. Perché spesso, durante la crisi, abbiamo visto gli Stati dibattersi in una sorta di bricolage che li ha fatti assomigliare più a squadre di calcio amatoriali che a vere tecnocrazie. E perché è difficile capire, a meno che non si sia posseduti da una torrida fede ideologica, come degli Stati i cui bilanci rappresentano quasi la metà del loro PNL, e la cui sola spesa sociale rappresenta tra un quarto e un terzo della spesa pubblica, possano essere i burattini del

20 Pikket, P. e Wilkinson, R. (2010). *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. Londra: Penguin

21 Arendt, H. (2006). *On Revolution*. Londra: Penguin

capitalismo²². Per usare la distinzione di Braudel, autore citato, ci sono anche le forze dell'economia di mercato. Possiamo aggiungere le forze alternative della società civile e della cultura care a Gramsci, un piccolo uomo dalla salute fragile che può ispirarci più che mai.

Ma rallegriamoci dei possibili disaccordi, poiché essi sono la condizione per una riflessione fondamentale: mettere in discussione una politica attraverso la sua concezione di libertà soggiacente ci permette di arrivare al cuore della questione, così come anche mettere in discussione un potere attraverso il contesto delle forze di interesse in gioco.

Proporre

Infine, il dibattito è alimentato da proposte. Alcune sono concrete, come le strategie per raggiungere le persone che non esprimono una domanda di cure mediche, che non chiedono di essere vaccinate, che non cercano di accedere ai loro diritti; o come gli strumenti di prossimità, gli operatori sanitari di comunità, i contratti socio-sanitari locali, ecc. Altri sono a un livello più generale: l'enfasi sul legame di fiducia nelle cure; la competenza che le persone direttamente interessate hanno circa la loro situazione, e quindi la co-costruzione di soluzioni; l'universalismo proporzionato, che afferma la necessità di realizzare azioni riguardanti tutti i cittadini, ma con una portata e un'intensità proporzionate al bisogno. Tutto questo apre un approccio nuovo, o almeno rinnovato, all'azione pubblica.

E tutti questi sono anche, più in generale, inviti a lavorare con cittadini, ricercatori e intellettuali, e attori del terreno associativo, economico e del settore pubblico. Abbiamo visto che le politiche lasciano ai margini i più vulnerabili? Mettiamo alla prova gli altri. Testiamo, testiamo, testiamo... e valutiamo per mantenere ciò che funziona. Abbiamo visto che la legittimità delle istituzioni è criticata da dubbi sulla loro rilevanza, o da sospetti sulla loro indipendenza? Discutiamo su quali possano o debbano essere i contropoteri nell'era di internet e dei social network. Vediamo che ci sono molti progetti promettenti? Lavoriamo per renderli sostenibili e

22 Dati Eurostat sulla spesa pubblica:

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/gov_10a_main/default/table?lang=en e
Sulla spesa sociale:

<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00098/default/table?lang=fr>

permettere loro di funzionare a più grande scala, in particolare fecondando gli organismi pubblici adeguati di facilitatori, di investitori, di regolatori...

Pensare

Questo da intraprendere è necessariamente un lavoro collettivo. Perché la crisi della democrazia, che questi articoli mostrano, non è apparsa dal nulla. È radicata nella disconnessione tra noi, la disconnessione del senso dello Stato, la disconnessione dell'urgenza.

Forse è persino radicata in una certa impasse della socialdemocrazia²³. La socialdemocrazia, il cui destino interessa non soltanto i socialisti, viene punita per non essere riuscita a passare da un'azione strutturata dal conflitto economico a una basata sull'alleanza sociale? Per la sua incapacità di passare dall'equilibrio di potere alla dinamica dei bisogni comuni?

Abbiamo tutti bisogno di ambienti che offrano condizioni di vita favorevoli alla salute, alla connessione, all'autonomia e al senso delle cose. Queste condizioni non sono unicamente determinate dalla ricchezza, anche se un livello minimo rimane certo decisivo per il benessere²⁴. Così, molti individui della classe media e alta affrontano oggi problemi che sono anche quelli dei poveri. Naturalmente, la frequenza e l'intensità dei problemi sono diverse. Ma una famiglia povera il cui appartamento è troppo piccolo e che aspetta da anni una casa popolare più grande, o una giovane coppia di lavoratori con uno stipendio medio che non può permettersi di comprare un appartamento a causa dell'impennata dei prezzi degli immobili, si trovano entrambe di fronte a un problema di alloggio. Entrambe sono private di un luogo dove vivere bene, un luogo che è sia reale sia simbolico. Un senzatetto, che ha perso le sue relazioni e i suoi punti di riferimento a causa della vita in strada, o un'anziana benestante, abbandonata dalla sua famiglia in una casa di riposo, sono

23 Vedi in particolare Gethin, A., Martínez-Toledano, C e Picketty, T. (2021). *Clivages politiques et inégalités sociales*. Parigi: EHESS/Gallimard/Seuil, così come i dati disponibili su <https://wpid.world>

24 Si veda per esempio il lavoro interuniversitario belga basato sulla vasta indagine MEqIn (Measuring Equivalent Incomes): Capéau B., Maniquet F. et alii (2020). *Well-being in Belgium: Beyond Happiness and Income*. Cham : Springer.

entrambi distrutti dall'isolamento²⁵. Ed è chiaro che il male del risentimento sta divorando tutti gli strati sociali, dai commensali conformisti chic alle associazioni alternative più squattrinate.

Questo non vuol dire che tutto sia uguale, che la povertà non sia così grave o discriminatoria. Ancora una volta, i dati qui raccolti testimoniano la discriminazione, il suo scandalo. Ma, riconoscendo questo, chiediamoci: come possiamo usare la leva della sofferenza ampiamente condivisa nella società per elevare la pietra specifica del dolore dei poveri? Quali sono i punti di appoggio? Come ci colleghiamo tutti attraverso problemi e domande, risposte e soluzioni? E come, per dirla con John Dewey²⁶, possiamo preferire l'indagine confrontata con la prova dei casi concreti piuttosto che l'uso di principi preconfezionati ?

Sì, abbiamo bisogno di pensare, di ripensare la povertà, la precarietà, la solidarietà e la politica.

Paradossalmente, la crisi di COVID, con la sua morte e il suo dolore, è un'opportunità. Ci ha ricordato il bisogno di riconnessione e l'urgenza. E, nonostante tutto, ha dimostrato il potere protettivo dello Stato, per i molti se non per tutti.

Ieri la vita collettiva è stata in parte soffocata da nodi di ignoranza, di interessi, di strutture. Per domani, grazie a dei lavori come questo, potremo inventare nuovi *nexus* umani: legami che, come quello che collega cellule biologiche vicine, metteranno sorelle e fratelli umani in una relazione fruttuosa.

C'è un altro modo per lottare e dare una possibilità alla democrazia, a quelle parole che sono le prime parole della costituzione americana e di quella indiana: «*noi il popolo...*»?

25 Il carattere decisivo dell'isolamento nel benessere è evidenziato nel lavoro danese dell'[Happiness Research Institute](#)

26 Dewey, J. (1920). *Reconstruction in Philosophy*. New York, Holt and Co.

Gli autori

CARLO CALDARINI

Carlo Caldarini (62 anni) è un socioeconomista e pedagogista italo-belga, esperto di politiche sociali. Tra il 1990 e il 2016 ha lavorato come ricercatore e docente per un istituto governativo italiano (INEA), l'*Université Libre de Bruxelles* (ULB), l'Università Roma Tre e altri enti di formazione e ricerca, oltre che nel mondo sindacale internazionale e nazionale. Attualmente è responsabile degli studi e della ricerca per uno dei più grandi centri pubblici di azione sociale del Belgio. (c.caldarini@proximus.be)

ROBERTO SAJEVA

Roberto Sajeve (36 anni), direttore del progetto Health Democracy, lavora come consulente editoriale per istituzioni e aziende private. È stato direttore editoriale di Mondoperaio, la più antica rivista italiana di cultura politica, e precedentemente segretario nazionale della Federazione Italiana dei Giovani Socialisti (FGS), nonché membro dell'ufficio di presidenza dei Giovani Socialisti Europei. Si occupa da anni di promozione sociale, sportiva e culturale con particolare attenzione ai minori a rischio e al folklore. Fidanzato con Marta, fisioterapista, vive tra Palermo, Catania e Roma. (robertosajeve@gmail.com)

FELICIA MODICA

Felicia Modica (29 anni) si è laureata in Scienze Politiche all'Università di Copenhagen (Danimarca) e si è specializzata in Studi di Genere all'Università di York (Inghilterra). Ha lavorato all'Università di Canterbury (Nuova Zelanda) e ha fatto volontariato nella gestione di progetti internazionali nel nord della Francia. Attualmente è project manager (bandi nazionali ed Erasmus +) per diverse ONG a Palermo, il suo focus sono le disuguaglianze educative strutturali. (feliciamodica92@gmail.com)

EVE ALVAREZ

Eve Alvarez (29 anni) lavora come sociologa per un Centro pubblico di azione sociale nella regione di Bruxelles. Con la sua collega Celia Salazar, sta conducendo un progetto di ricerca-azione che affronta la mancanza di accesso ai diritti sociali e sanitari in due dei quartieri più poveri e complessi di Bruxelles. In precedenza, Eve è stata assistente sociale nello stesso Centro pubblico per il quale ora lavora. Ha conseguito un master in sociologia all'*Université Libre de Bruxelles*. (evalvare07@gmail.com)

CELIA SALAZAR

Celia Salazar (34 anni) lavora per un Centro pubblico di azione sociale nella regione di Bruxelles. Con la sua collega Eve Alvarez, sta conducendo un progetto di ricerca-azione sulla mancanza di accesso ai diritti sociali e sanitari a Bruxelles. Ha anche realizzato diversi progetti basati sui diritti umani per la Fondazione Aliado nell'Amazzonia ecuadoriana, per l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani in Ecuador e per la Croce Rossa in Belgio. Ha conseguito una laurea in antropologia e sociologia presso l'*Université Libre de Bruxelles* e un master in antropologia, intercultura e sviluppo presso l'*Université Catholique de Louvain-la-Neuve*. (celia.salazar.w@gmail.com)

MARA CALDARINI

Mara Caldarini (27 anni) ha conseguito un MA in Filosofia e Arti all'Università di Warwick prima di trasferirsi a Londra, dove ora vive e lavora. Mara lavora su progetti per studenti nell'istruzione superiore, specializzandosi nella ricerca interdisciplinare e nell'editoria accademica. I suoi attuali interessi di ricerca si collocano all'intersezione tra teoria culturale e politica, con un'attenzione particolare alla relazione tra politica radicale e pratiche estetiche. (mara.caldarini@gmail.com)

MATTHEW WILLETT

Matthew Willett (26 anni) è un assistente sociale e musicista, laureato in filosofia all'Università di Birmingham, attualmente residente a Londra. Il lavoro attuale di Matthew e i suoi interessi di ricerca ruotano intorno alla dipendenza, alla musica e alla tecnologia. (matt.willett@hotmail.co.uk)

VALERIO CANONICO

Valerio Canonico (29 anni) si è laureato in Filosofia e ha conseguito un Master in Scienze Filosofiche presso l'Università di Roma Tre, specializzandosi nelle prospettive filosofiche del Neopragmatismo americano. Ha poi conseguito un Master in Gestione delle risorse umane presso la GEMA Business School e ha seguito corsi in risorse umane, campo in cui ora lavora. Ha scritto per la rivista italiana Mondoperaio ed è leader della Federazione Italiana dei Giovani Socialisti (FGS), responsabile dell'area Lavoro e democrazia economica. (canonico93@gmail.com)

CLELIA D'APICE

Clelia D'Apice (30 anni) si è laureata in Relazioni Internazionali all'Università di Parma e si è specializzata in Studi Internazionali ed Europei all'Università di Trento. Ha una vasta esperienza nella cooperazione internazionale e nella salute globale, e ha lavorato per diverse organizzazioni internazionali in tutto il mondo. Sta svolgendo un dottorato di ricerca in salute pubblica presso l'Università di Parma, con un focus sul Myanmar, e lavora come consulente per i diritti umani e la difesa dello sviluppo presso la Fondazione Suu. È membro fondatore di saluteglobale.it e membro del direttivo dell'Associazione per l'Amicizia Italia Birmania Giuseppe Malpeli. (clelia.dapice@unipr.it)

KAUNG SUU LWIN

Kaung Suu Lwin (32 anni) è un medico del Myanmar e attualmente ricercatrice post-dottorato presso il Dipartimento di Politica Sanitaria Globale dell'Università di Tokyo. Ha conseguito il master e il dottorato in Politica sanitaria globale presso l'Università di Tokyo. Dispone di una grande esperienza di ricerca e di lavoro con varie organizzazioni internazionali come l'UNFPA e l'OMS. La sua ricerca di master, sull'associazione tra lo status socioeconomico e i comportamenti di ricerca della salute per la diarrea e le infezioni respiratorie acute tra i bambini sotto i 5 anni in Myanmar, è stata pubblicata su BMJ Open. (kaungsuulwin@gmail.com)

JOËL VAN CAUTER

Joël Van Cauter (56 anni) è filosofo (Ph.D UCLouvain, Master ULB) ed economista (master UCLouvain). Lavora come ricercatore e consulente nell'ambito del think tank Itinera sui temi della povertà e della cittadinanza. Lavora inoltre su temi di interesse collettivo per istituzioni pubbliche e aziende private. In precedenza, ha diretto diverse associazioni e strutture di economia sociale. Sposato con tre figli, ha vissuto in Africa e in Asia per quasi dieci anni e attualmente vive in Belgio. (joel.vancauter@gmail.com)

Healthy democracy & democratic health

Uno sguardo sullo stato della democrazia in tempi di pandemia

Mentre i vaccini permettono un graduale ritorno a una nuova normalità, questo libro è un invito. Un invito a riflettere collettivamente sulla relazione cruciale tra democrazia e salute, nel contesto dell'attuale crisi sanitaria COVID-19. Un invito a riflettere e discutere degli effetti della pandemia, e delle relative misure politiche, sulla democrazia, sulle disuguaglianze sociali e sui diritti fondamentali.

Questo libro è stato pensato e scritto in una prospettiva europea e cosmopolita. Ognuno dei suoi capitoli parte da una prospettiva locale, che funge da punto cardinale e da testimonianza simbolica della transnazionalità della crisi.

Forti di un bagaglio già molto ricco, fatto di azioni sul campo, esperienze, conoscenze e interessi di ricerca, ciascuno di loro discute, con dati e argomenti scientifici, uno dei seguenti temi: Disuguaglianze sociali e salute; Sicurezza e libertà individuale; Politica e tecnocrazia; Salute e democrazia.

E poiché ogni crisi offre un momento di possibile biforcazione, questa raccolta di saggi è anche un invito a cogliere l'opportunità di trasformare il rapporto tra democrazia e salute e, di conseguenza, tra libertà e responsabilità, tra cura e sorveglianza, tra tecnocrazia e politica, tra scienza e potere.

Concludendo questa raccolta di saggi, Joël Van Cauter ricorda che l'unico modo per "curare" la democrazia è attraverso la democrazia stessa, e che per lottare per la democrazia dobbiamo prima reimparare a discutere. La crisi del COVID-19, con i suoi morti e il suo dolore, ci ricorda l'urgente necessità di inventare nuovi *nexus* umani. Soprattutto, dimostra il potere protettivo dello Stato, per molti, anche se purtroppo non ancora per tutti.

